

DE LA

N° 38

SUTURE DE L'URÈTHRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 27 MAI 1891

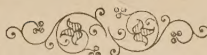
PAR

Victor GAUJON

Né à Carcassonne (Aude)

EX-EXTERNE DES HOPITAUX

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME. RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5
1891

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. CASTAN, Doyen.

BERTIN-SANS, ASSESSEUR.

Professeurs.

	MESSIEURS :
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL *
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Id. VILLE (Ch. de c.)	
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	CASTAN *.
Clinique médicale.	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Id. HÉDON (Ch. de c.)	
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Clinique obst. et gynécol.	GRYNFELTT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER *.
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN *.
Anatomie.	PAULET (O. * *).
Pathologie interne.	CARRIEU.
Clinique des mal. ment. et nerv.	MAIRET.
Physique médicale.	IMBERT.
Botan. et Hist. Nat. méd.	GRANEL.
Pathologie externe. (ch. de c.)	ESTOR.
Opérations et appareils. (ch. de c.)	FORCUE.
Doyen honoraire: M. BENOIT (O. * *).	
Prof. honor. M. DUPRÉ (O. * C. *),	

Chargés de Cours de Cliniques annexes:

Clinique annexe des maladies des vieillards.	MM. N..., agrégé.
Histologie	BLAISE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des enfants..	BAUMEL, agrégé.
Clinique annexe ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.
Accouchements.....	GERBAUD, agrégé.
Clinique annexe des mal. syphilit. et cutan.	BROUSSE, agrégé.

Agrégés en Exercice

MESSIEURS :	MESSIEURS :	MESSIEURS
DE GIRARD.	VILLE.	BROUSSE.
SERRE.	FORGUE.	SARDA.
REGIMBEAU (*).	TRUC.	ESTOR.
BLAISE.	GERBAUD.	HÉDON.
BAUMEL.	GILIS	LECERCLE.

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examineurs de la Thèse:

MM. TÉDENAT, président.
ESTOR, agrégé.
TRUC, agrégé.
GILIS, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555606_0028

A la mémoire de mon excellente Mère

A la mémoire de mon Frère

A MON PÈRE

A mon Frère et à ma Sœur

A ma Tante ADÉLINE

A TOUS MES PARENTS

V. GAUJON.

A mon Président de Thèse
Monsieur le Professeur TÉDENAT

A Messieurs les Professeurs-agrégés ESTOR
GILIS et FORGUE

A TOUS MES MAITRES

V. GAUJON.

A mon excellent Ami Osmin NOGUÉ

**A mes Amis Henri IMBERT,
les Docteurs Léon IMBERT et Jean SEMPÉ**

V. GAUJON.

INTRODUCTION

En présence d'une rupture traumatique grave de l'urèthre, la première indication est de prévenir l'infiltration d'urine par une incision périnéale et l'introduction d'une sonde à demeure.

Mais, en arrêtant là son intervention, le chirurgien ne fait rien pour la reconstitution du canal; aussi, certains opérateurs ont-ils essayé de rapprocher sur la sonde les deux bouts de l'urèthre divisé et de les suturer. La même tentative a été faite, dans les cas de rétrécissement, à la suite de l'uréthrotomie externe.

La suture des plaies de l'urèthre est une question toute d'actualité. Admise par les uns, repoussée par les autres, elle a donné lieu à de vives discussions au sein des Sociétés savantes; ses détracteurs la considèrent comme inutile et même dangereuse; ses partisans, au contraire, ayant obtenu, grâce à elle, de très beaux succès, proclament son utilité.

Où est la vérité? Quels sont les indications et les avantages de cette suture? Telles sont les questions que nous nous sommes posées et que nous avons essayé de résoudre dans notre modeste travail.

Mais qu'entendons-nous par le mot suture de l'urèthre? Dans certains cas, comme après l'extraction de corps étrangers, dans les plaies par instruments tranchants et même après excision totale du rétrécissement, l'on pourra réunir les lèvres de la plaie uréthrale elle-même; mais dans les autres cas, surtout si la perte de substance porte sur les parties latérales, il sera bien difficile d'affronter les deux lèvres

de la plaie uréthrale; l'on ne pourra suturer que les tissus environnant le canal; la suture sera juxta-uréthrale.

Nous avons divisé notre sujet en quatre chapitres :

Le premier chapitre est consacré à l'historique de la question.

Dans un deuxième chapitre, nous nous sommes occupé des indications de la suture uréthrale successivement dans les plaies par instruments tranchants, dans les ruptures traumatiques de l'urèthre, dans les rétrécissements, à la suite de l'extraction des calculs et corps étrangers.

Dans un troisième chapitre, nous avons décrit le manuel opératoire dans chacun des cas précédents.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous avons essayé de montrer les avantages de la suture.

C'est M. le professeur-agrégé Estor qui nous a donné la première idée de notre thèse, et c'est grâce à ses conseils éclairés que nous avons pu terminer notre travail. Nous n'oublierons jamais sa bienveillance à notre égard; qu'il soit assuré de notre vive gratitude.

M. le professeur-agrégé Forgue a bien voulu nous permettre de publier une de ses observations; il nous a donné d'excellentes indications bibliographiques qui nous ont été très utiles. Nous sommes heureux de pouvoir lui témoigner ici toute notre reconnaissance.

Nous remercions M. le professeur Tédénat de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous n'oublierons jamais la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée pendant le cours de nos études.

Nous tenons aussi à remercier notre excellent ami Léon Imbert, interne des hôpitaux, qui a bien voulu nous aider à traduire les textes étrangers. Qu'il soit assuré de notre entier dévouement.

DE LA SUTURE DE L'URÈTHRE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La suture de l'urèthre est de date relativement récente. L'anglais John Birkett, en 1870, et Daniel Mollière (de Lyon), vers 1880, furent les premiers chirurgiens qui pratiquèrent réellement cette opération, l'un à la suite de rupture traumatique et l'autre après avoir enlevé la masse cicatricielle d'un rétrécissement infranchissable.

Mais, bien avant eux, quelques tentatives avaient été faites dans ce sens par plusieurs chirurgiens. Ceux-ci n'avaient pas pratiqué cette suture selon le mode opératoire actuellement employé, mais ils avaient essayé d'affronter les lèvres de la plaie cutanée afin d'obtenir une guérison plus rapide.

Dans la séance de la Société de chirurgie du 27 octobre 1886, M. Verneuil disait que, déjà au ^{xiv}^{me} siècle, Guy de Chauliac indiquait la suture de l'urèthre à la suite de l'opération de la taille.

Au ^{xvi}^{me} siècle, Franco et Ambroise Paré réunissent les bords de l'incision pratiquée pour extraire les calculs et les corps étrangers de l'urèthre. Puis, dit A. Paré, «s'il est besoin, » faudra faire un point d'aiguille pour réunir la plaie.»

Wiseman raconte qu'en 1652, Ed. Molens, ayant à traiter

un vieux débauché d'une rétention d'urine presque complète, causée par des caroncules, lui pratiqua la boutonnière. L'opération ne réussit pas, et Molens dut l'opérer à nouveau. Le malade fut placé comme pour l'opération de la taille; « le chirurgien, après avoir divisé le scrotum, pénétra dans l'urèthre qu'il fendit d'un bout à l'autre, jusqu'à l'ouverture du périnée. Il réunit ensuite la plaie sur l'urèthre, de même que le scrotum, avec des points de suture, de manière à recouvrir les testicules. Au bout de quelques jours, la cicatrisation était complète. »

Vers la même époque, un chirurgien hollandais, Jean de Solingen, fendit une grande partie du canal de l'urèthre pour appliquer des caustiques sur des carnosités siégeant autour du canal. Il s'agissait d'un soldat dont l'urèthre était rempli de végétations calleuses; il introduisit, aussi loin que possible dans l'urèthre, un cathéter cannelé, sur lequel il divisa tout le canal, excepté au niveau du gland. Puis il « consuma » les callosités avec des substances médicamenteuses; après quoi il réunit la plaie avec des points de suture entrecoupés.

En 1819, Levannier, de Cherbourg, pratiqua sur un individu atteint de rétrécissement infranchissable de la région pénienne, consécutif à une blessure par une balle, une incision sur la cicatrice elle-même; il introduisit dans l'urèthre une sonde en gomme, et réunit les lèvres de la plaie avec une bande de diachylum. Le cinquième jour, la plaie était cicatrisée.

Robert (*Gaz. méd. de Paris*, 1839) rapporte un cas opéré dans la clinique de Dugas, où, après avoir enlevé le callus d'un rétrécissement infranchissable, on réunit la plaie périnéale par une bande d'un emplâtre agglutinatif; la plaie guérit en cinq jours par première intention.

En 1859, J. Roux (*Gaz. des Hôpitaux*) pratiqua l'exci-

sion d'un rétrécissement infranchissable de la région spongieuse. Il mit une sonde à demeure et réunit la plaie avec des serres-fines. Il obtint une réunion par première intention jusqu'à l'angle inférieur de la plaie.

Mais John Birkett, en-1870 (*Holmes Surgery*), fut le premier qui, dans un cas de rupture traumatique, fit la suture de l'urèthre lui-même. Il s'agissait d'un enfant qui entra à Guy's Hospital à la suite d'un coup de pied de cheval ayant porté sur le périnée.

La rétention d'urine était complète et il était impossible de placer un cathéter. John Birkett, après incision du périnée, tomba sur une grande cavité remplie de caillots qu'il enleva. Il aviva les deux bouts de l'urèthre séparé et les réunit sur une sonde en gomme élastique. Guérison rapide ; aucun rétrécissement trois ans après l'opération.

Depuis cette époque, les faits de suture uréthrale sont devenus très nombreux.

En 1881, Poncet (*Rev. de chirurgie*) fit l'extraction d'un corps étranger de l'urèthre et sutura la cavité uréthrale.

En 1882, Audry (*Gaz. des Hôp.*) rapporte une observation de suture uréthrale à la suite d'excision d'un rétrécissement pratiquée par Daniel Mollière, et il décrit le procédé opératoire de ce chirurgien.

Dans la même année, Stricker publie les observations de König.

Dans la suite, les faits se multiplient ; nous ne pouvons que citer les noms des différents chirurgiens.

Heussner (1), Podres (2), Kauffmann (3), Robson (4),

(1) Heussner. Deutsche medicinische Wochenschrift, juillet 1883. — Berliner klin. Wochenschrift, 1887.

(2) Podres. St-Petersburger med. Wochenschrift, 1884.

(3) Kauffmann. Deutsche Chirurgie, 1885.

(4) Robson. Brit. med. Journal, 1885.

Socin (1), Segond (2), Antal (3), Sheild (4), Kirmisson (5), Fontan, Merlin (6), pratiquent la suture de l'urèthre après excision du rétrécissement.

Terrier (7) fait cette suture à la suite de l'extraction de corps étrangers.

Enfin, parmi les chirurgiens qui ont suturé l'urèthre, après les ruptures traumatiques, nous devons citer : Lucas Championnière (8), qui réunit les tissus périnéaux et la peau, mais non les deux bouts de l'urèthre (guérison le onzième jour); Symonds (9), Locquin (10) (de Dijon), Socin, Paoli Erasme (11), Woolcombe (12), Cauchois (13), Fontan, etc.

- (1) Hägler. Zeitschrift für chirurgie, 1889.
 - (2) Segond. Ann. des mal. des org. gén. urin., 1887.
 - (3) Antal. specielle chirurgische Pathologie and Therapie der Harnröhre und Harnblase, 1888.
 - (4) Sheild. Lancet, 1888, t. II, p. 760.
 - (5) Kirmisson. Soc. de chirurgie, 3 avril 1889.
 - (6) Fontan et Merlin. Thèse de Duranton, Montpellier, 1890.
 - (7) Terrier. Soc. de chir., 27 octobre 1886.
 - (8) L. Championnière. Soc. de chir., 24 juin 1885.
 - (9) Symonds. Brit. med. Journal, 1885.
 - (10) Locquin. Soc. de chir., 26 octobre 1887.
 - (11) Erasme Paoli. Ann. des mal. des org. gén. urin., mars 1888.
 - (12) Woolcombe. Lancet, 10 nov. 1888, t. II, p. 913.
 - (13) Cauchois. Ann. des mal. des org. gén. urin., oct. 1888.
-

CHAPITRE II

INDICATIONS

Quels sont les cas où l'on peut pratiquer la suture de l'urèthre ? Telle est la première question que nous devons nous poser.

Ces cas sont au nombre de quatre.

La suture de l'urèthre peut être indiquée :

1° Dans les plaies de l'urèthre par instruments tranchants, et nous devons distinguer ici les plaies de la région pénienne et celles de la région périnéale.

2° A la suite de l'extraction des calculs et corps étrangers de l'urèthre.

3° A la suite des ruptures traumatiques avec ou sans déchirure de la peau.

4° Dans les rétrécissements, soit après l'uréthrotomie externe, soit après l'excision de la masse cicatricielle.

1° Plaies par instruments tranchants

L'urèthre, grâce à ses rapports anatomiques, échappe facilement à l'action vulnérante des instruments piquants et tranchants. Dans la région pénienne, il est enchâssé dans la

gouttière formée par la partie inférieure des corps caverneux; dans sa portion périnéale, il est protégé par l'arcade pubienne, le haut des cuisses et les différentes couches du périnée; aussi les plaies de l'urèthre sont-elles assez rares. On distingue les plaies de dehors en dedans et les plaies de dedans en dehors ou fausses routes. Nous ne nous occupons pas de ces dernières.

Région pénienne. — Les plaies de cette région, presque toujours transversales ou obliques, intéressent le plus souvent l'urèthre et les corps caverneux. Aussi, se produit-il une hémorragie assez abondante que l'on parvient à arrêter assez facilement. Les deux bouts de l'urèthre divisé se rétractent en se recroquevillant. A cause de la mobilité considérable des téguments, les bords de la plaie ne seront plus en regard l'un de l'autre et, pendant la miction, l'urine s'infiltrera dans les tissus; de plus, si on laisse la plaie se cicatriser d'elle-même, les bourgeons charnus développés entre les deux bouts de l'urèthre formeront un tissu de cicatrice, et par suite un rétrécissement est inévitable; enfin, une fistule urinaire persistera le plus souvent au niveau de la solution de continuité.

Afin d'obvier à ces graves conséquences, la plupart des chirurgiens (Voillemier, Le Dentu, Verneuil) conseillent d'aller à la recherche des deux bouts divisés, d'en pratiquer la suture et d'obtenir ainsi une réunion par première intention. On évitera ainsi la fistule et peut-être le rétrécissement. Dans tous les cas, la cicatrice linéaire obtenue à la suite de la suture ne donnera pas lieu à un rétrécissement aussi considérable que dans le cas où la plaie s'est guérie par seconde intention. Voillemier conseille même, lorsque la section de l'urèthre a été complète et que le bout inférieur rétracté ne permet pas l'introduction de la sonde, de réunir la plaie

superficielle. C'est ce que fit Reybard dans un cas de ce genre. Le malade urina facilement et guérit. Sans doute, les conditions sont mauvaises et on a à craindre l'infiltration d'urine. « Mais on en est quitte pour surveiller le malade pendant la miction, et l'on enlèverait les points de suture au moindre signe d'infiltration. Alors il s'établira une fistule ; cependant on n'aura rien perdu, puisque en abandonnant la plaie à elle-même, cette terminaison eût été inévitable » (Voillemier) (1).

Région périnéale. — Les plaies par instrument tranchant des portions membraneuse et prostatique sont très rares ; elles donnent lieu à une hémorragie abondante et à l'issue de l'urine à travers la plaie périnéale. Doit-on, dans ces cas, suturer l'urèthre et la plaie périnéale ? Voillemier n'est pas partisan de la suture. « Il est important, dit-il, de laisser une voie ouverte à la sérosité sanguinolente et surtout à l'urine qui peut s'échapper le long des parois de la sonde ». Quenu et Picqué, dans le Dictionnaire encyclopédique, sont du même avis. Verneuil, Th. Anger (2) et d'autres chirurgiens considèrent cette suture comme inutile, la cicatrisation de ces plaies se faisant avec une grande facilité.

Kauffmann et Hägler, assistant du professeur Socin, ont fait des expériences sur des chiens. Hägler (3), dans une de ses expériences à l'aide d'un bistouri, sectionne l'urèthre sur toute sa circonférence après incision du périnée. Il réunit ensuite les deux bouts à l'aide de sutures au catgut comprenant toute l'épaisseur de l'urèthre ainsi que la muqueuse. La plaie périnéale est fermée, sauf l'angle inférieur qui est laissé ouvert. Pas de sonde à demeure. Neuf jours après, la

(1) Voillemier. Malad. des voies urin., t. I.

(2) Soc. de chirurgie, 27 oct. 1886.

(3) Hägler. Zeitschrift für chir., 1889.

plaie est complètement cicatrisée; la miction se fait normalement. Pas d'obstacle au passage de la sonde que l'on avait introduite avant l'expérience. Deux mois après, le chien est sacrifié. La cicatrice de l'urèthre est très étroite, à peine appréciable dans la partie supérieure; elle est un peu saillante dans la lumière du canal. Sur la partie inférieure, un petit point est adhérent au tissu sous-jacent.

Dans une autre expérience, il sectionne l'urèthre, mais ne fait aucune suture et ne place pas de sonde à demeure. La plaie n'est cicatrisée que vingt jours après. La sonde qui avait servi avant l'opération ne passe à ce moment qu'avec difficulté. Deux mois après, à l'autopsie, on constate dans la partie supérieure du canal une cicatrice large de 4 millim., légèrement proéminente dans la lumière de l'urèthre; la partie inférieure est attirée vers l'extérieur et soudée aux tissus sous-jacents et à la cicatrice cutanée.

Donc, chez le chien, la suture a donné de très bons résultats. En est-il ainsi chez l'homme? Desnos pense que la suture amène une cicatrisation plus rapide, mais qu'elle présente de grandes difficultés. On peut toutefois la tenter, et, si on n'y parvient pas, on a la ressource de faire une suture juxta-urétrale. On réunira ensuite la plaie cutanée. On évitera l'infiltration d'urine en plaçant un drain, et le malade bénéficiera d'une guérison plus rapide et d'une cicatrice moins étendue.

2° Calculs et corps étrangers.

On emploie plusieurs procédés pour extraire les calculs et les corps étrangers de l'urèthre. On essaie tout d'abord de les attirer au dehors à l'aide d'instruments spéciaux introduits par le méat; si c'est un calcul venu de la vessie, on

peut chercher à le repousser dans celle-ci, afin de pouvoir le broyer à l'aide d'un lithotriteur. Mais, si toutes ces manœuvres restent infructueuses et surtout si par leur présence ces corps étrangers déterminent un abcès ou une infiltration urinaire, on doit alors avoir recours à l'incision, à la boutonnière.— Une fois le calcul enlevé, le chirurgien est-il autorisé à réunir les bords de la plaie qu'il vient de pratiquer?

La plupart des opérateurs sont d'accord à ce sujet, et pratiquent la suture.

Franco, au ^{xvi}^e siècle, la recommande: «Après extraction, il faut coudre la playe, si mestier est, et puis y appliquer les appareils, tels qu'ont été enjoins aux hernies, » tenir ainsi bandée la verge non pas étroit afin que l'urine ait son cours par son conduit accoutumé et non par la plaie » tant qu'il sera possible. »

A. Paré est du même avis: «Puis, s'il est besoin, faudra » faire un point d'aiguille pour réunir la plaie. ». Or, récemment, M. Terrier a fait une communication à la Société de chirurgie (27 octobre 1886). Nous rapportons son observation à la fin de ce chapitre. Dans la discussion qui suivit la lecture de cette observation, M. Lucas Championnière, Verneuil se déclarèrent partisans de la suture; M. Th. Anger la considérait comme inutile à cause de la cicatrisation rapide de la plaie dans ces cas. Il cita une observation où il incisa au thermocautère l'urèthre pour l'extraction des calculs. La plaie, longue de 6 centim., fut cicatrisée complètement six semaines après l'opération. Mais nous devons faire remarquer que, dans l'observation de M. Terrier, bien qu'il n'eût pas suturé la plaie périnéale, la cicatrisation fut beaucoup plus rapide, puisque, trois semaines après, le malade sortait de l'hôpital complètement guéri, n'ayant aucune fistule; or, il arrive souvent qu'à la suite de l'incision, la plaie se cicatrise assez rapidement d'elle-même, mais, il faut le dire, « la

cicatrisation n'est ordinairement pas complète et il reste une petite fistule, et souvent elle persiste» (Horteloup). Nous pensons qu'à l'aide de la suture, cet inconvénient pourra être plus facilement évité.

Un mois après, à la Société de chirurgie, M. Le Dentu se déclarait partisan de la suture à la suite de l'extraction des corps étrangers, et en avril 1889, M. Kirmisson présentait à la même Société une observation dont nous donnons plus loin le résumé, et qui montrait les bons résultats obtenus dans ces cas par la suture urétrale.

Observation I

Corps étranger de l'urèthre. — Boutonnière périnéale. — Suture de l'urèthre. —
Résumé (M. Terrier).

M..., âgé de 62 ans. Pas d'antécédents vénériens.

En mai 1886, il éprouva une certaine cuisson en urinant, des picotements dans l'urèthre et au méat, à l'ouverture duquel venait sourdre chaque matin une goutte de muco-pus blanchâtre.

Le malade, dans un but thérapeutique, eut l'idée de s'introduire dans l'urèthre un lacet de cuir long de 12 centim. environ, assez rigide, mais cependant déjà assoupli par l'usage. Pendant cette tentative, il arriva que le lacet fut enfoncé si loin que son extrémité disparut et qu'il fut impossible au malade de retenir le lacet.

Il entre à l'hôpital le 17 juin 1886.

Une sonde métallique introduite s'arrête à 13 centim. du méat, juste au-dessous de la symphyse pubienne, et amène une hémorragie assez abondante.

En relevant les bourses, on constate sur le côté droit de l'urèthre, faisant corps avec le canal, une tumeur dure, non fluctuante, peu douloureuse. Cette tuméfaction, allongée dans l'axe du canal, présente une extrémité antérieure arrondie, qui fait une saillie distincte de l'urèthre, comme on peut facilement le constater en introduisant une bougie dans le canal. Cette induration suit la paroi droite de l'urèthre et se perd en arrière, en s'amincissant sans limites précises.

Pas de trouble dans la miction. Jet normal. Pas d'albumine. Prostate normale. 8 gr. par jour de borate de soude.

23 juin. Opération par M. Terrier.

Incision de 8 à 9 centimètres sur le raphé périnéal.

Après la section de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, un cathéter cannelé est introduit dans l'urèthre jusqu'à l'obstacle et les tissus sont incisés en se guidant sur lui. L'urèthre est ouvert sur une étendue de 7 1/2 à 8 centim. Les parois paraissent normales, la muqueuse saine. Mais, sur la partie droite, on aperçoit un orifice, et cet orifice est rempli par un corps noirâtre, qui n'est autre chose que le lacet de cuir enroulé sur lui-même et très ramolli, car il se brise pendant l'extraction qui se fait cependant sans aucune difficulté. Tout en faisant saillie dans le canal, de façon à empêcher le cathétérisme, le corps étranger s'était ainsi creusé une cavité dans le corps caverneux de l'urèthre, et c'est lui qui donnait lieu à la tumeur indiquée plus haut.

Ceci fait, une grosse sonde en caoutchouc rouge est introduite dans la vessie, et M. Terrier fait la suture de l'urèthre. Neuf points de catgut sont placés, *en ayant soin de ne pas prendre la muqueuse dans l'anse des fils*. La plaie périnéale est largement béante et laissée telle. Potion au borax.

24 Température élevée, mais aucun malaise. Les urines s'écoulent très librement par la sonde; pas une goutte ne souille la plaie périnéale.

25. On constate à l'angle supérieur de la plaie une légère tuméfaction; il y a sur ce point un peu de pus qui s'écoule d'ailleurs facilement par la plaie périnéale laissée ouverte.

29. La plaie se comble et se rétrécit. Etat général excellent. Température normale.

1^{er} juillet. Le pansement, changé tous les jours, n'a jamais été souillé d'urine. Suppuration très minime, plus abondante à l'angle supérieur, c'est-à-dire au niveau de la cavité creusée par le corps étranger.

3. La sonde est visible dans la plaie sur une étendue de 4 ou 5 millim. en haut. Dans la journée, la sonde se déplace pendant un mouvement du malade, et l'infirmier, qui veut la replacer, la fait passer par le périnée. Le soir, elle est réintroduite dans la vessie. Aucun accident.

4. On enlève la sonde.

5. Les urines s'écoulent à peu près également par le périnée et par le méat, et cela continue jusqu'au 7.

8. La plaie est tout à fait comblée dans ses deux tiers inférieurs. Il existe encore un peu de suppuration en haut, mais les urines ne s'écoulent plus qu'en très faible quantité par la plaie.

13. Pas une goutte d'urine ne s'écoule par la plaie périnéale, qui est presque guérie,

18. Guérison complète. *Exeat.*

Observation II

Rétrécissement blennorragique de l'urèthre; calculs de l'urèthre. — Uréthrotomie externe; extirpation de sept calculs logés dans la région bulbaire; suture primitive de l'urèthre; guérison.— Résumé. (M. Kirmisson).

Homme de 54 ans, ayant eu deux blennorragies, est atteint de rétrécissement depuis vingt ans. Le malade a été traité par la dilatation. Depuis six ans déjà, la sonde permettait de constater l'existence de concrétions calcaires dans l'intérieur de l'urèthre. Il entre à Necker le 6 septembre 1888. On remarque dans la région bulbaire un rétrécissement ne laissant passer qu'une bougie filiforme. Celle-ci permet de constater un frottement rugueux dû à la présence des calculs et détermine par son passage un suintement sanguin assez marqué. La région périnéale de l'urèthre forme une saillie bombée au dehors; les pressions exercées sur ce point déterminent un bruit de crépitation dû à la collision des calculs. Les urines sont troubles, chargées de pus, excessivement fétides. La bougie filiforme, laissée en place, n'amène aucune dilatation; M. Kirmisson procède, le 6 septembre, à l'uréthrotomie externe.

Chloroforme. Un conducteur métallique est introduit jusque sur l'obstacle uréthral; incision de 6 à 7 centimètres de longueur sur la ligne médiane du périnée; incision de l'urèthre sur une étendue de de 1 centimètre et demi.

Un fil passé dans chacune des lèvres de l'incision uréthrale permet de les tendre et donne un accès plus facile dans l'intérieur du canal. On extrait 7 calculs, dont 5 ont le volume d'une noisette. On pratique ensuite, à l'aide de l'uréthrotome de Civiale, introduit dans

le bout antérieur, la section du rétrécissement représenté par une simple bride. Sonde en gomme à demeure.

On pratique sur l'urèthre et le périnée une suture à étages de la façon suivante: six points de suture au catgut fin réunissent les lèvres de la plaie uréthrale. Un second plan réunit par quatre points de suture le bulbe et le muscle bulbo-caverneux. Enfin, un troisième plan de suture au crin de Florence est placé sur la peau; entre les deux derniers étages de sutures, on interpose un petit drain.

Dans la journée qui a suivi l'opération, le malade a souillé son pansement en allant à la selle. C'est à cette circonstance qu'il faut sans doute attribuer la suppuration qui s'est montrée du côté de la peau. Mais les sutures profondes ont parfaitement tenu en place.

Le 10 octobre, la sonde à demeure est changée pour la première fois; elle l'est de nouveau le 16; le 22 octobre, on la supprime. Le malade urine aisément par la verge. Le 30 octobre, la réunion de la plaie cutanée qui avait légèrement suppuré est complète, et le malade quitte l'hôpital dans les premiers jours de novembre complètement guéri, sans que jamais une seule goutte d'urine ait passé à travers le périnée.

Le 4 janvier 1889, M. Kirmisson reçut des nouvelles de ce malade lui annonçant que sa guérison était pleinement confirmée.

3° Ruptures de l'urèthre.

Elles peuvent se produire en un point quelconque du canal; cependant, il existe des lieux de prédilection. Les ruptures de la région pénienne sont rares; à l'état de repos, la flaccidité et la mobilité de la verge font que celle-ci se dérobe le plus souvent aux forces venant agir sur elle; mais on a cité des exemples de rupture à la suite d'un coup de pied, du pincement de la verge dans un tiroir de commode (Voillemier) (1). Pendant l'érection, ces ruptures sont un

(1) Voillemier; *loc. cit.*

peu plus fréquentes, à la suite d'un coït maladroit, d'un coup, etc. Mais les ruptures de cette région donnent lieu rarement à l'indication de l'incision externe. Dans le cas où l'on pratiquerait cette incision, nous ne voyons pas de contre-indication s'opposant à ce que, après d'abondants lavages antiseptiques, on réunisse les bords de la plaie.

Les ruptures de la région périnéale sont les plus fréquentes et, d'après les expériences de Terrillon (1), elles siègeraient, dans la plupart des cas, au niveau de la région du bulbe; les régions prostatique et membraneuse seraient rarement atteintes. Tantôt le corps contondant, animé de vitesse, vient frapper le périnée, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, le malade tombe à califourchon sur un corps étroit et immobile; enfin, l'urèthre peut se rompre à la suite de fractures du bassin.

Cras (2), Terrillon et la plupart des auteurs établissent trois catégories distinctes dans les traumatismes de l'urèthre: cas légers, cas moyens et cas graves.

Le traitement est différent pour chacun d'eux. Dans les cas légers, l'intervention chirurgicale n'est pas indiquée, à moins d'accidents imprévus; dans les cas moyens que M. Monod, dans sa thèse, appelle cas douteux, cet auteur conseille de surveiller attentivement ce qui se passe du côté du périnée et d'inciser celui-ci dès que les signes d'inflammation ou d'infiltration apparaissent. Notre ami, le docteur Vieu (3), dans sa thèse inaugurale, se montre partisan de l'incision hâtive; elle mettrait le malade plus sûrement à l'abri des accidents qui pourraient survenir; dans les cas graves, le grand danger réside dans l'infiltration d'urine;

(1) Terrillon. Thèse d'agrég. Paris, 1878.

(2) Cras. Soc. de chir., 1876.

(3) Vieu. Thèse de Montpellier, 1891. De l'uréthrotomie externe, les indications et les soins post-opératoires.

la miction est impossible, le malade pisse dans le foyer de la contusion au milieu de tissus déchirés et contus, et l'urine vient se mêler au sang de l'hémorragie. Une tumeur apparaît au périnée; la situation est très grave. Quelquefois la peau se déchire sous l'influence de la contusion (obs X); l'urine et le sang peuvent s'écouler à l'extérieur et, dans ce cas, l'infiltration d'urine est moins à redouter.

Les chirurgiens sont aujourd'hui d'accord pour inciser le périnée le plus tôt possible après l'accident, d'aller à la recherche du bout postérieur et d'introduire une sonde dans la vessie. C'est le seul mode de traitement capable de préserver le malade des graves complications qui peuvent survenir.

Est-il permis à un chirurgien, après incision du périnée et nettoyage du foyer de la contusion, de réunir les deux bouts de l'urèthre et le périnée?

C'est ce que nous allons maintenant examiner.

Nous allons tout d'abord exposer les observations que nous avons pu nous procurer. L'une d'elles nous a été communiquée par M. le professeur-agrégé Estor. Nous sommes heureux de pouvoir le remercier encore une fois de sa bienveillance à notre égard.

Observation III

Rupture traumatique de l'urèthre. — Suture des deux bouts. — Guérison.
(Birkett. *Holmes Surgery*.)

Un enfant de très bonne santé, âgé de 14 ans, fut atteint d'un coup de pied de cheval contre le périnée. Il vint à Guy's Hospital avec une rétention d'urine. Région périnéale gonflée, ecchymosée. Impossibilité de passer une sonde.

Incision du périnée sur la ligne médiane. On tombe sur une grande

cavité remplie de caillots qui sont enlevés. L'urèthre est sectionné transversalement; le bout inférieur est facilement trouvé; détaché des corps caverneux, il fait saillie dans la plaie.

Avivement des bords écrasés et réunion. Les points de suture sont passés sur une sonde en gomme élastique. Guérison rapide.

Aucun rétrécissement ultérieur, bien qu'il y ait trois ans depuis l'accident.

Observation IV

Rupture traumatique de l'urèthre. — Suture juxta-urétrale et du périnée. — Guérison. (M. Lucas Championnière.)

Mécanicien, 35 ans. Le 7 juin 1885, à une heure de l'après-midi, chute à califourchon sur le bord d'un baquet. Violente douleur au périnée; uréthrorragie. Il entre aussitôt à l'hôpital. Cathétérisme impossible. Ponction de la vessie.

Le lendemain 8 juin, opération. Incision du périnée; on enlève les caillots sanguins; nettoyage du foyer de la contusion. On trouve très facilement le bout postérieur de l'urèthre. Introduction d'une sonde à demeure sur laquelle les bouts de l'urèthre sont rapprochés. *Pas de suture de l'urèthre*. On suture le périnée en plaçant un drain au centre. Pansement antiseptique.

Le malade fut pansé au bout de deux jours, puis deux fois en huit jours. Les deux premiers jours, il passa un peu d'urine par le drain. Le onzième jour après l'opération, on enlève les points de suture et la sonde à demeure; le malade put uriner immédiatement sans aucune difficulté. Plaie cicatrisée. Pas de fistule.

27 juin. *Exeat*. Une sonde n° 17 (Charrière) passe sans difficulté.

Le maintien de la guérison a pu être constaté une année après.

Observation V (1)

Rupture traumatique. — Suture de l'urèthre et du périnée. — Guérison.
(Erasmus de Paoli.)

X..., vigoureux, 38 ans. Chute à califourchon sur le bord d'un tonneau, le 23 janvier 1888. Uréthrorragie peu abondante; rétention d'urine complète. Entre à l'hôpital le 24. Teinte bleuâtre du scrotum et du périnée; toute la région présente un gonflement marqué et diffus. L'uréthrorragie persiste. Cathétérisme impossible.

Incision du périnée de la racine du scrotum à 1 centimètre au-devant de l'anus. On tombe sur une grande cavité remplie de caillots. Rupture transversale de l'urèthre dans sa partie bulbaire; la recherche du bout postérieur est difficile; la distance entre les deux bouts est de 1 centimètre et demi. Sonde à demeure. On réunit les deux bouts à l'aide de points de suture *ne comprenant pas la muqueuse* du canal. Suture des deux muscles bulbo-caverneux et du muscle transverse. Suture de la peau.

Jusqu'au septième jour après l'opération, il s'écoula pendant la miction un peu d'urine par l'angle inférieur de la plaie. Une uréthrite assez intense se déclara; on dut à cause d'elle changer quelquefois la sonde à demeure; celle-ci est enlevée définitivement le douzième jour.

Au vingt-troisième jour après l'opération, le malade urine facilement. Une sonde Béniqué 21 (Charrière) est introduite sans difficulté. Les autres fonctions (érections) sont normales.

(1) Cette observation a été publiée dans les Ann. des mal. des org. gén. urinaires, en mars 1888. Nous n'avons pu nous procurer ces journaux. Nous avons trouvé le résumé ci-dessus dans un mémoire de Hägler (Zeitschrift für Chirurgie, 1889). Le docteur Cauchois a publié dans les Ann. des mal. des org. gén. urinaires, en octobre 1888, une observation de suture à la suite de rupture traumatique suivie de guérison rapide.

Observation VI

Rupture traumatique. Uréthrotomie externe.— Uréthrorrhaphie.— Sonde à demeure. — Guérison. (Socin) (1).

W. R..., garçon vigoureux, 14 ans. Le 15 janvier 1888, à 4 heures du soir, au gymnase, chute à califourchon d'une hauteur de 50 centimètres sur une barre de fer de la grosseur du doigt. Douleur violente au périnée. Deux heures après, rétention complète d'urine. Par la pression, on faisait sortir par le méat quelques gouttes de sang. Le lendemain, un médecin tente en vain le cathétérisme.

La peau du périnée est rouge ; le gonflement est peu marqué ; pas de plaie cutanée. Au méat apparaissent quelques gouttes d'un sang épais. La vessie s'élève jusqu'à l'ombilic. On introduit la sonde de Mercier ; elle arrive dans une cavité qui correspond à peu près à la région du bulbe.

Opération le 6 (prof. Socin). Chloroforme. Incision de 4 centimètres de la peau et du fascia superficialis. On tombe sur une cavité remplie de caillots ; on les enlève et on introduit un cathéter d'argent par le méat ; on reconnaît alors une section totale perpendiculaire de l'urèthre dans sa portion bulbaire avec un écartement des deux bouts de 2 centimètres. La plaie est inondée de sublimé ; le bout supérieur est facilement reconnu à l'état de lambeau sanglant flottant dans le liquide. On vide la vessie.

Uréthrorrhaphie. — Réunion de la partie supérieure des deux bouts par trois points de suture (soie) qui comprennent toute l'épaisseur de la muqueuse du canal. On introduit une sonde de Nélaton par la plaie, d'abord dans la vessie et ensuite dans la partie antérieure de l'urèthre. On ferme alors la partie inférieure de l'urèthre par quatre points de suture. Trois autres points de suture réunissent les tissus péri-uréthraux, et on laisse ouvert un petit point dans l'angle inférieur de la plaie. La plaie cutanée est laissée ouverte et bourrée de gaze iodoformée. Pansement antiseptique.

(1) Hägler ; *loc. cit.*

Après l'opération, le malade se sent très soulagé. Pendant la nuit, il évacue plusieurs fois par la sonde à demeure des urines claires.

7 janvier. Pas de fièvre. La sonde sort de l'urèthre par suite de l'indocilité du malade. Une tentative d'introduction ne réussit pas; cependant, la même sonde pénètre sans difficulté dans la vessie, après qu'on a anesthésié le malade. Mais la sonde s'échappe de nouveau.

Le soir, miction spontanée en jet mince avec légère douleur. Le pansement du périnée est sec.

8. Le malade a uriné plusieurs fois spontanément, mais la rétention s'établit de nouveau à midi; on pratique, sans difficulté et sans hémorragie, le cathétérisme avec la sonde de Nélaton.

A partir de ce moment, l'évacuation spontanée de l'urine se fait sans difficulté; la plaie est sèche.

12. Le malade se lève; la plaie périnéale diminue à vue d'œil et granule bien. Il n'y a jamais eu issue d'urine par cette plaie.

28. La plaie est réduite à une cicatrice linéaire. Le jet d'urine est normal et n'amène aucune douleur. Une bougie n° 14 (Charrière) est introduite sans difficulté; le malade quitte l'hôpital.

En novembre 1888, le malade continue à se bien porter.

Observation VII

Rupture sous-cutanée traumatique.— Section totale de l'urèthre dans sa portion bulbaire.— Uréthrotomie externe.— Uréthrorrhaphie.— Guérison. (Socin) (1).

A. B..., mécanicien, 30 ans. Chute à califourchon, le 24 novembre 1887, à 5 heures du soir, de 2 mètr. de hauteur sur l'arête saillante d'une poutre en bois quadrilatère. Aussitôt, gonflement du périnée et coloration bleuâtre de la partie inférieure du scrotum; douleur dans la région périnéale. Dans la nuit, vifs besoins d'uriner non suivis de miction. Cathétérisme ne réussit pas.

Entre à la clinique le 25 novembre au matin. Gonflement très apparent du périnée jusqu'au-dessous de l'anus; le scrotum a le volume d'une tête d'enfant; la peau est très distendue et violacée.

(1) Hagler; *loc. cit.*

Pas de plaie cutanée. Fluctuation de la tumeur périnéale. Vessie arrive à 1 cent. au-dessous de l'ombilic. L'extrémité d'un cathéter de Mercier arrive derrière le scrotum dans une vaste cavité et ne peut être introduit dans la vessie. Du sang rouge vif s'écoule par ce cathéter.

Opération (professeur Socin). Incision de 8 cent. Aussitôt après l'incision de la peau, on tombe sur une cavité, grosse comme une pomme, à parois irrégulières, remplie de caillots. On enlève ceux-ci. Un cathéter d'argent est introduit par le méat; les deux muscles bulbo-caverneux et l'urèthre sont sectionnés perpendiculairement au niveau de la région bulbaire. Ligature de deux artères. Le bout inférieur est facilement trouvé; il est distant de 6 cent. du bout antérieur; la muqueuse déchirée fait saillie dans la lumière du bout postérieur, on vide la vessie.

Urèthrorrhaphie.— Le premier point de suture (soie), comprenant la muqueuse et le tissu érectile, réunit la partie supérieure des deux bouts du canal; le nœud est placé dans la lumière de l'urèthre. On place alors la sonde à demeure, ensuite cinq points de suture (soie) réunissent les deux bouts. Réunion des muscles bulbo-caverneux par trois points de suture. Le reste de la plaie est laissé ouvert et bourré de gaze iodoformée. Pansement antiseptique.

26 novembre. Bonne nuit. Bandage imbibé de sang; on change la couche superficielle. Lavages de la vessie, deux fois par jour, avec la solution salicylée 1/600. Potion à l'acide borique 4/100. Pas de fièvre.

27. L'écoulement de l'urine se fait régulièrement par la sonde. Urines normales.

28. On enlève la sonde à demeure. Mais, à midi, la miction spontanée étant impossible, on cathétérise le malade sans peine et sans accident. Apyrexie.

30. Miction spontanée non douloureuse. L'urine ne passe pas par le périnée; la plaie est bien diminuée et granule bien. Comme l'urine a une réaction alcaline, on continue les lavages de la vessie. Légère suppuration uréthrale.

1^{er} décembre. Pendant une miction spontanée, un peu d'urine s'écoule par la plaie périnéale. Le malade paraît très inquiet, son caractère s'est modifié.

Du 3 au 7. Pendant la miction spontanée, la moitié de l'urine s'écoule par le périnée; cependant la plaie diminue rapidement, si bien que, le 16 décembre, toute l'urine s'écoule par le méat; la plaie

granule superficiellement. On introduit sans peine une bougie n° 20 (Charrière).

Le malade, à cause de son état mental, est enfermé le 24 décembre dans un asile d'aliénés.

Le 8 janvier 1888, il est guéri de sa folie; il urine spontanément avec un jet assez fort. Une bougie n° 15 (Charrière) bute au niveau de la rupture, sur un obstacle qui donne la sensation d'un corps étranger; elle passe néanmoins facilement.

Jusqu'au 7 février, le malade est sondé de temps en temps (n° 24 Charrière), mais la sonde rencontre toujours l'obstacle.

Le 7 février, examen endoscopique; l'obstacle constitué par un fil de soie est enlevé.

Le 5 décembre 1888, le malade se porte bien. Aucune difficulté pour uriner. Les rapports conjugaux ne sont pas troublés. Le jet est un peu mince; une bougie n° 12 (Charrière) bute au niveau de la rupture; mais l'obstacle est facilement vaincu, et une bougie n° 28 est introduite dans la même séance.

Observation VIII

Rupture traumatique 3^{me} degré.— Recherche du bout postérieur.— Sutures profondes urétrale et juxta-urétrale.— Guérison rapide. (M. Fontan) (1).

C..., 65 ans, alcoolique. Le 2 avril 1888, chute à califourchon. Rétention d'urine. Uréthrorragie.

3 avril. Incision périnéale. Rupture complète de l'urèthre dans la région bulbaire, au milieu de tissus mâchés, déchiquetés et infiltrés de sang. On ne peut retrouver le bout postérieur. Le 5 avril seulement, on peut introduire une sonde dans la vessie. Avec du catgut fin, on pratique alors quatre points de suture perdus sur les débris du canal et les parties les plus voisines de la sonde, de façon à enfermer celle-ci dans le fourreau qui représente le canal.

Quelques points séparés de suture profonde réunissent les débris des muscles et de l'aponévrose. Enfin, la peau est suturée à la soie phéniquée.

(1) Duranton, Thèse de Montpellier, 1890. De la suture primitive et secondaire de l'urèthre.

Fièvre pendant les premiers jours.

Le 8, on enlève les fils de soie.

12. La plaie paraissait réunie; cependant elle laisse sourdre quelques gouttes d'urine. Plus de fièvre. La sonde est changée sans difficulté.

14. La plaie ne donne point d'urine, elle est très réduite.

19. Sonde à demeure supprimée ; on commence le passage des Béniqué. L'urine sort bien par le canal.

25. Plaie bien cicatrisée. On continue à passer les Béniqué.

Le malade, frappé d'hémiplégie le 4 juin, meurt dix jours après.

Observation IX

Rupture traumatique de l'urèthre. — Uréthrotomie suivie de suture. — Guérison rapide. (Tédenat) (1).

Jules C... (de Narbonne), âgé de 23 ans, de bonne santé générale, a eu une blennorrhagie légère et rapidement guérie à l'âge de 18 ans.

Le 3 mai 1887, reçoit un coup de pied qui porte en arrière des bourses. Uréthrorragie légère. Miction impossible. Tuméfaction du périnée, avec large ecchymose des bourses.

4. M. Tédenat pratique l'uréthrotomie externe sans conducteur. La déchirure de l'urèthre siège en arrière du bulbe et n'occupe qu'une faible portion de la circonférence de l'urèthre (côté gauche). Lavage pour enlever le sang épanché en quantité modérée. Une sonde est facilement introduite. Trois points de suture au catgut sublimé, comprenant les tissus péri-uréthraux. Quatre points réunissent les ligaments. Petit drain court mis en dehors de l'urèthre. Pansement iodoformé.

4. Toute l'urine sort par la sonde. Plaie en excellent état. T. 37°8.

5. Drain enlevé. Toute l'urine sort par la sonde. Aucune tuméfaction de la plaie opératoire. Ecchymose presque disparue.

8. Sonde enlevée. Réunion parfaite. Bougie Béniqué n° 24 de Charrière passe facilement.

25. Guérison complète.

(1) Vieu ; *loc. cit.*

Observation X

Rupture traumatique de l'urèthre, avec plaie contuse du périnée—Uréthrotomie externe. — Suture juxta-urétrale. — Guérison.

S... Joseph, 33 ans, jardinier, entre à l'Hôpital suburbain de Montpellier le 19 août 1890, salle Broussais, dans le service de M. le professeur Dubrueil, suppléé par M. le professeur-agrégé Estor.

La veille, 18 août, à 11 heures du matin, il était tombé du haut d'un foudre de 2^m50 environ, à califourchon sur le coin arrondi d'un dossier de vieille chaise. Aussitôt, douleur très intense, n'ayant cependant pas amené de syncope; en même temps, hémorragie abondante le long des membres inférieurs, jusque dans les souliers qui étaient remplis de sang. Cette hémorragie provenait de la plaie périnéale et non du méat urinaire.

Pas d'urétrorragie; cependant, le médecin, appelé aussitôt, fit sortir du sang de l'urèthre en soudant le malade.

Le 20 août, à la visite, examen du malade. On l'a porté à la salle d'opérations, afin d'être mieux placé pour cet examen. Le malade est mis dans la position de la taille.

On aperçoit une plaie de 0^m015 environ sur la ligne médiane du périnée et dirigée dans le sens antéro-postérieur. La peau de la partie postérieure des bourses et de la région située en avant de la plaie est fortement ecchymosée; la plaie ne saigne plus.

On essaie de cathétériser le malade avec une sonde en caoutchouc soigneusement désinfectée. La sonde pénètre assez facilement, mais, comme l'urine ne sort pas, on n'insiste pas, craignant d'être dans une fausse route. On essaie alors avec une sonde à grande courbure, qui ne pénètre pas davantage.

On décide de faire, séance tenante, l'uréthrotomie externe, et d'aller à la recherche du bout postérieur.

Anesthésié par le chloroforme: désinfection soignée du champ opératoire; lavages au savon, au sublimé au 1000^e, à l'alcool.

On essaie alors de passer un cathéter cannelé de Syme, qui pénètre fort bien. On s'assure par le toucher rectal qu'il est bien dans la vessie.

On agrandit la plaie périnéale en avant et en arrière ; on obtient ainsi une ouverture de 5 centim. environ. On tombe sur une vaste cavité décollée très loin, anfractueuse, déchiquetée. Au fond de la plaie, on sent le cathéter à nu ; l'urèthre est donc bien sectionné.

On avait songé tout d'abord à faire la suture de l'urèthre, mais, devant l'étendue des lésions, on y renonce. On régularise bien la plaie, on la nettoie par une irrigation de sublimé au 1000^e.

On cherche ensuite à passer une sonde dans le bout postérieur de l'urèthre. Pour cela, on passe le conducteur de l'urétrorhème de Maisonneuve qui pénètre bien. On enlève ensuite le cathéter de Syme et, au moyen du conducteur, on passe une sonde en gomme dans la partie postérieure de l'urèthre. On passe alors une autre sonde par le méat dont le bec vient sortir par la plaie périnéale ; on enfle les deux sondes l'une dans l'autre ; on les fixe par un fil, et on tire sur la sonde antérieure qui entraîne la seconde. Celle-ci est fixée à demeure.

Injection d'une solution tiède d'acide borique à 4 p. 100 dans la vessie ; ce liquide ressort mélangé à de l'urine.

Nettoyage méticuleux de la plaie opératoire ; irrigation avec du sublimé au 1000^e ; badigeonnage avec une solution d'acide phénique à 5 p. 100. Peu d'hémorragie ; on n'a lié aucun vaisseau ; on pratique un premier plan de sutures à la soie, comprenant les tissus juxta-uréthraux ; un second plan superficiel ferme la plaie cutanée ; entre les deux plans de sutures on place un petit drain (2 millimètres de diamètre environ), dont l'extrémité externe sort par l'angle inférieur de la plaie.

Pansement.— Poudre d'iodoforme, gaze iodoformée. Dans la journée, le malade ne souffre pas et se trouve bien. Il pissoit par la sonde. T. s. 38°,5.

21 août. *Pansement.*— Lavage de la vessie avec la solution boriquée tiède à 4 p. 100. Lavage de la plaie avec la même solution et avec la solution phéniquée à 2,5 p. 100. Injection de ce liquide par le drain. Le malade va bien ; la plaie n'est pas douloureuse. T. m. 37°,5. S. 38°,2.

22. Bonne nuit. La plaie a bon aspect. Lavage de la vessie et de la plaie. On enlève le drain. Pansement. On permet au malade de manger un peu. L'urine s'écoule presque tout entière par la sonde ; une petite quantité par le méat autour de la sonde. T. m. 37°,1. S. 38°.

23. Le malade a mal dormi à cause d'une sensation de cuisson

qu'il éprouve au périnée. Léger écoulement d'urine par la plaie périnéale. Dans la crainte d'une infiltration d'urine, on enlève un point de suture. Une mèche de gaze iodoformée est introduite dans la plaie. Lavage de la vessie et de la plaie. T. m. 37°. S. 37°,4.

24. La sonde à demeure est enlevée; elle n'est nullement altérée; pas de trace de pus. Lavage de la vessie et de la plaie. On passe un Béniqué n° 39. Le malade garde cette bougie pendant 2 heures. Il se trouve bien et mange bien. T. m. 36°,8. S. 38°,4.

25. On passe un Béniqué qui est gardé 2 heures. T. m. 37°,4. S. 38°.

26. On passe plusieurs sondes Béniqué et on arrive au n° 49, que le malade garde 2 heures. On enlève les fils de la plaie périnéale qui est presque cicatrisée, sauf la partie inférieure. Cependant, l'urine passe encore en partie par la plaie. Pas de suppuration. Lavage. T. m. 36°,6. S. 37°,6.

27. T. m. 37°. S. 37°,8. On passe un Béniqué n° 49.

28. On passe plusieurs sondes Béniqué, dont la plus forte est le n° 49. T. m. 37°. S. 37°,6.

29. La plaie du périnée est presque tout entière cicatrisée. Apyrexie.

30 et 31. Rien de nouveau. On passe des Béniqué.

2 septembre. Il ne passe que quelques gouttes d'urine par la plaie périnéale.

3. Toute l'urine s'écoule par le méat.

7. Le malade quitte l'hôpital. L'urine sort tout entière par le méat; l'urèthre laisse passer facilement un Béniqué n° 51. La plaie est complètement cicatrisée, sauf un tout petit point à la partie supérieure; au bout de deux ou trois jours tout sera cicatrisé.

On recommande au malade de se faire sonder de temps en temps.

17 octobre. Le malade a été reçu tous les huit jours par M. Estor. Le 17 octobre, le résultat est excellent. On passe facilement un n° 44 Béniqué.

4 mai 1891. On passe facilement un n° 48 Béniqué.

Les chirurgiens sont loin d'être d'accord au sujet de la suture, à la suite de l'uréthrotomie externe, dans les cas de ruptures traumatiques : les uns la proscrivent d'une façon absolue, les autres au contraire la recommandent fortement.

Gosselin, lors de la discussion du mémoire de Bourguet à l'Académie de médecine (1861), s'opposa vigoureusement

à la réunion immédiate. D'après lui, la suppuration est inévitable, la réunion ne peut se faire que par seconde intention.

Quenu et Picqué (1), après avoir cité les travaux de Kauffmann qui se montre partisan de la suture, s'élèvent contre les conclusions de cet auteur. « La suture chez l'homme doit être, disent-ils, difficile à exécuter à cause de l'écartement considérable des deux bords de l'urèthre; de plus, on opère sur des tissus contus, mauvais pour la réunion; enfin, on ne pourra pas empêcher l'urine de filtrer à travers la plaie périnéale et d'être le point de départ d'abcès urinaux. »

De vives discussions se sont élevées plusieurs fois au sein de la Société de chirurgie à ce sujet. M. Horteloup (2) n'accepte pas la suture; il cite une observation de rupture traumatique chez un jeune enfant; un médecin, après incision, avait pratiqué la suture et placé une sonde à demeure, mais l'urine avait fusé et produit des décollements.

M. Le Dentu (3) la repousse également. « Ce serait aller à l'encontre du principe sur lequel est basée aujourd'hui toute la thérapeutique des ruptures du canal, à savoir qu'il faut avant tout assurer l'écoulement de l'urine et ouvrir prématurément le périnée par une longue incision dès qu'il y a une menace d'infiltration ». Et il conclut : « Il ne faut pas suturer l'urèthre à la suite des ruptures traumatiques. »

D'autres chirurgiens, partisans de la suture, ne la pratiquent que plusieurs jours après l'accident. C'est la méthode de Daniel Mollière (4). Symonds (5) et Locquin (6) ont

(1) Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales. Urèthre, path.

(2) Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie, 27 oct. 1886.

(3) Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie, 3 nov. 1886.

(4) Audry. Gaz. des hôp., 1882. — Mollière. Lyon médical, 1885.

(5) Symonds. Brit. med. Journal, 1885.

(6) Locquin. Gaz. des hôp., 1886. — Soc. de chirurgie, 26 oct. 1887.

publié des cas où ils avaient essayé la suture immédiate de l'urèthre après la rupture (du 1^{er} au 6^{me} jour), mais qui échouèrent toutes.

En opérant aussitôt après l'accident, d'après D. Mollière, on pratique la suture sur des tissus dont la vitalité est compromise par la contagion, l'hémorragie et l'imbibition d'urine ; des lambeaux plus ou moins larges sont voués au sphacèle. Il vaut donc mieux attendre la délimitation des eschares. (Nous reviendrons plus longuement sur ce procédé quand nous parlerons du manuel opératoire).

En résumé, la suture serait dangereuse à cause de l'infiltration d'urine, et inutile parce que les tissus écrasés ne seraient pas aptes à se réunir par première intention.

Telles sont les objections que l'on a faites à la suture de l'urèthre. Sont-elles bien fondées et bien rigoureuses ? Nous ne le pensons pas.

Kauffmann (1), après avoir fait des expériences sur le chien, conseille la suture chez l'homme, après excision des parties trop contuses.

Hägler (2) a repris ces expériences. Il contusionne l'urèthre puis incise le périnée ; dans un cas, il suture l'urèthre et le périnée ; pendant neuf jours, il s'écoule, au moment de la miction, quelques gouttes d'urine par l'angle inférieur de la plaie ; mais, dix jours après l'opération, toute l'urine s'écoule par le méat, et, au quinzième jour, la plaie est complètement cicatrisée. Trois mois après, la miction se fait normalement et le cathéter, introduit avant l'expérience, arrive dans la vessie sans difficulté et sans rencontrer d'obstacles. Dans une autre expérience, il ne suture pas et laisse la réunion se faire par deuxième intention. Dans ce cas, l'urine ne s'écoule

(1) Kauffmann. Corr. Bl. f. schw. Aerzte, janvier 1884.

(2) Hägler ; *loc. cit.*

complètement par le méat que dix-neuf jours après l'opération; un mois après cette époque, le cathéter dont on s'était servi au moment de l'expérience ne put être introduit, et à l'autopsie du chien, trois mois après l'opération, on trouva une masse cicatricielle de la grosseur d'une noisette. Donc, chez le chien, les plaies contuses de l'urèthre sans suture consécutive guérissent plus lentement que dans le cas de suture, et laissent à leur suite un rétrécissement plus ou moins marqué.

Chez l'homme, on a pu voir d'après nos observations que la suture de l'urèthre à la suite des ruptures traumatiques a donné d'excellents résultats.

Le grand danger des ruptures traumatiques, avons-nous vu, réside dans l'infiltration d'urine et les abcès urinaires; ce seraient eux qui constitueraient la contre-indication la plus importante de la suture dans ce cas. Or, on n'a qu'à lire nos différentes observations pour se convaincre que cette infiltration ne s'est jamais produite et la température des malades ne s'est jamais élevée.

La suture n'est donc pas dangereuse.

Et la proposition de Gosselin, que toute plaie périnéale doit suppurer, peut-elle se soutenir? Les plaies de l'urèthre ont peu de tendance à suppurer. L'urine a sur elle si peu d'action que les anciens avaient attribué à cette dernière une puissance cicatrisante (Voillemier); et, grâce à une antiseptie bien entendue, ne pourrions-nous pas éviter cette suppuration qui, dans tous les cas, ne sera jamais assez abondante pour empêcher la réunion.

Mais, « pour obtenir la réunion primitive du périnée, il faut opérer le plus rapidement possible après le traumatisme, bien nettoyer et avoir une plaie parfaitement aseptique. Ce qui importe pour la réunion primitive et la formation d'un

bon canal, c'est que le périnée suppure le moins possible » (Lucas Championnière) (1).

La contusion des tissus peut-elle s'opposer à leur réunion ? Il faut d'abord remarquer que, dans quelques cas de ruptures traumatiques, « l'étendue des tissus détruits par cette contusion est souvent médiocre, lorsque l'urèthre s'est contusionné contre le bord assez tranchant de la symphyse ou la branche descendante du pubis » (Hägler) (2).

L'on peut d'ailleurs, avant de pratiquer la suture, enlever les parties trop contuses. M. Lucas Championnière (3), à la Société de chirurgie, disait : « Je soutiens et je pose en principe que la contusion des tissus n'a jamais empêché d'en obtenir la réunion, lorsqu'on la tente après avoir bien nettoyé la plaie. Il n'y a donc pas de raisons pour que la suture ne réussisse pas dans les cas de rupture traumatique du canal de l'urèthre. Tout au plus le contact de l'urine pourrait-il être considéré comme défavorable. Mais si l'on fait bien l'antisepsie de la plaie, on peut, là comme ailleurs, obtenir la réunion primitive. »

Est-ce à dire que la suture doit être pratiquée dans tous les cas de rupture traumatique ? Nous ne le croyons pas. Si la violence a été très considérable et a amené des lésions très étendues ; si le chirurgien, appelé quelques jours après le traitement, se trouve en présence d'une infiltration d'urine étendue et d'un phlegmon du périnée, nous croyons qu'il faut s'abstenir ; mais ces cas sont rares : le plus souvent, l'état des parties permettra de tenter une réunion par première intention.

(1) Soc. de chirurgie, 26 oct. 1887.

(2) Hägler ; *loc. cit.*

(3) Soc. de chirurgie, 3 nov. 1886.

4° Dans les rétrécissements

Certains rétrécissements d'origine blennorragique et tous ceux d'origine traumatique sont justiciables de l'uréthrotomie externe. Lorsque le périnée est souple et que les tissus sont sains, la cicatrisation de la plaie opératoire se fait rapidement, surtout si l'on a soin d'enlever de bonne heure la sonde à demeure. Notre maître, M. Tédénat (1), a obtenu de brillants succès par ce procédé. Cependant, beaucoup de chirurgiens pratiquent la suture à la suite de cette opération.

Guyon conseille de la pratiquer en règle générale. Sheild (2) a fait la suture dans trois cas. Chez un seul malade, l'urine a suinté à travers le périnée. La guérison chez les trois malades a été complète et rapide. Douze et dix-huit mois après l'opération, les malades urinaient facilement et pouvaient se passer de grosses bougies.

Le Dentu (3), Kirmisson (4) (obs. II), ont obtenu de bons résultats avec la suture. Le malade de l'observation II fut rapidement guéri, sans que jamais une goutte d'urine eût passé par le périnée.

Nous pensons donc que la suture de l'urèthre et du périnée, à la suite de l'uréthrotomie externe, est utile et qu'elle amène une cicatrisation rapide.

Cependant, si les masses calleuses sont trop considérables, si le périnée est traversé par de nombreux trajets fistu-

(1) Vieu; *loc. cit.*

(2) Sheild. *Lancet*, 1888, t. II, p. 760.

(3) Le Dentu. *Soc. de chir.*, 3 nov. 1886.

(4) Kirmisson. *Soc. de chir.*, 3 avril 1889.

leux, il faut s'abstenir ; la suture ne pourrait pas réussir sur de pareils tissus.

De même dans le cas où le malade, atteint de pyélo-néphrite ou de cystite, a des urines purulentes ; lorsque c'est un pisseur de pus, selon l'expression de M. Guyon, il faut s'abstenir de suture la plaie ; l'on ne réussirait pas.

C'est ce qui arriva à M. Kirmisson dans le cas suivant :

Homme de 46 ans. Rétrécissement. Double pyélo-néphrite. Uréthrotomie externe. La plaie périnéale ne s'était pas cicatrisée six mois après, en avril 1888. On essaie alors la suture secondaire du périnée sans succès. Le 1^{er} septembre 1888, M. Kirmisson essaie de nouveau la suture secondaire. Débridement. Avivement. Six points de suture profonde au fil d'argent et deux points de suture superficielle au catgut. Dès le 4 septembre, les points de suture métallique, répondant au milieu de la plaie, avaient suppuré et coupé les tissus. La nuit suivante, la sonde à demeure s'étant bouchée, l'urine passe autour de ses parois et, dans un effort, le malade fait craquer toutes les sutures. Le lendemain matin, on trouva le périnée béant.

Mais d'autres chirurgiens emploient un autre procédé dans le traitement des rétrécissements traumatiques de l'urèthre. Après incision du périnée, ils enlèvent le tissu cicatriciel et la portion rétrécie de l'urèthre ; après quoi, ils suturent les deux bouts du canal. C'est la méthode préconisée par D. Mollière.

Elle avait déjà été pratiquée bien avant ce chirurgien. Solingen, au xvi^e siècle, « consumait les callosités avec des substances médicamenteuses. » Ledran, Roux, Bourguet d'Aix (1861), excisent les masses calleuses. Mais c'est surtout le chirurgien de Lyon qui a mis en honneur ce mode opératoire. Son élève, M. Parizot (1), dans son excellente

(1) Parizot. Thèse de Lyon, 1884.

thèse, a décrit le manuel opératoire, les indications et les avantages de cette méthode. La guérison serait rapide et les récidives se produiraient rarement.

Nous ne voulons pas nous étendre sur ce sujet; on trouvera, dans la thèse de M. Parizot, bien mieux exposé que nous n'aurions pu le faire, tout ce qui se rapporte à cette excision du rétrécissement suivie de suture.

Mais, depuis le travail de M. Parizot, d'autres observations ont paru. D. Mollière (1), Heussner (2), le Dr Locquin (3) de Dijon, Socin (4), Guernonprez (5) de Lille, le Dr Fontan (6), Poncet (7), ont publié des cas d'excision de l'urèthre suivie de suture, dans lesquels ils ont obtenu des résultats remarquables. Nous avons cru bien faire de donner le résumé de quelques-unes de ces observations. Enfin, dernièrement, M. le professeur-agrégé Forgue a fait la même opération; il a bien voulu nous permettre de publier son observation. Nous ne saurions trop le remercier de sa bonté.

Observation XI

Fracture du pubis et rupture de l'urèthre. — Rétrécissement infranchissable. — Résection uréthrale et uréthroplastie. (D. Mollière).

C. R..., 27 ans, fut violemment serré, le 10 août 1884, au niveau du bassin, entre un tampon de locomotive et le quai de la gare. Il entre à l'hôpital de Dijon. Rétention d'urine et vive douleur au niveau du

(1) D. Mollière. Lyon médical, mars 1885.

(2) Heussner. Berlin klin. Wochenschrift, mai 1887.

(3) Locquin. Soc. de chir., 26 oct. 1887.

(4) Hagler; *loc. cit.*

(5) Guernonprez. Gaz. des hôp., 1889.

(6) Fontan; *loc. cit.*

(7) Poncet. 3^e Congrès français de chir., 1888.

pubis. Pendant huit jours, ponction de la vessie, puis cathéterisme, et, quarante jours après, il sortait de l'hôpital urinant à peu près bien.

Il entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 27 octobre. Miction très difficile; impossible de faire arriver la sonde dans la vessie.

5 novembre. Opération. Le rétrécissement siège derrière le pubis. Le doigt introduit dans le rectum comme guide, on abaisse la prostate et une incision débride le ligament de Carcassonne et la partie supérieure de l'urèthre. Excision de tous les tissus cicatriciels. Sonde à demeure. Des fils métalliques profonds et superficiels réunissent le périnée et les bouts uréthraux. Drain n° 1 entre les deux derniers points de suture superficielle.

On obtint la réunion immédiate, sauf au niveau du petit drain; une petite fistule persista dix jours à ce niveau, donnant issue à quelques gouttes de pus.

Sonde à demeure enlevée au douzième jour; elle était renouvelée sans difficulté tous les trois jours.

Exit le 6 décembre. On revoit le malade le 23 janvier 1885.

Il se sonde lui-même sans difficulté avec des sondes volumineuses; il urine librement. En examinant son périnée, on ne trouve qu'une petite cicatrice linéaire. Tous les tissus sont souples, la guérison est parfaite.

Observation XII

Rétrécissement traumatique. — Résection de l'urèthre. — Suture des deux bouts et du périnée. (Heussner) (1).

Un homme de 31 ans avait un rétrécissement traumatique, pour lequel, un an après l'accident, on lui avait pratiqué d'abord l'uréthrotomie externe, puis la dilatation forcée, sans succès durable.

Heussner fendit la portion rétrécie, comprenant le bulbe et une partie de la portion membraneuse, puis il l'excisa sur une longueur de 2 centim.; il eut de la peine à la séparer de l'arcade pubienne à laquelle la soudait un tissu cicatriciel.

Les deux tronçons de l'urèthre étaient distants d'environ 3 centim.;

(1) Heussner; *loc. cit.* — Nous avons trouvé ce résumé dans les Arch. génér. de Hayem, 1880, p. 694.

le postérieur se laissait très peu attirer en avant ; à l'aide de ciseaux, Heussner détacha le tronçon antérieur sur une étendue d'un demi-centim. de l'arcade pubienne et des corps caverneux. L'ayant amené ensuite au contact du tronçon postérieur, il l'y fixa par cinq points de catgut. Fermeture et drainage de la plaie périnéale. Sonde à demeure durant treize jours. La réunion de la plaie extérieure se fit en majeure partie par première intention, mais il n'en fut pas de même pour l'urèthre. A partir du cinquième jour, une partie de l'urine s'écoulait au niveau du drain. A l'avenir, pour éviter cet accident, Heussner compte, suivant le conseil de Köenig, ne pas mettre de sonde à demeure. Cependant, la guérison se fit rapidement ; le trente-cinquième jour, la fistule périnéale n'avait que les dimensions d'une aiguille et l'urèthre admettait le n° 24 de la filière des sondes. Trois ans dès lors se sont passés, et le résultat est toujours aussi bon.

Heussner ajoute qu'après son opération, il ne fait jamais de dilatation.

Observation XIII

Rupture partielle sous-cutanée de l'urèthre. Uréthrotomie externe.— Rétrécissement traumatique et fistule périnéale.— Excision du tissu cicatriciel avec la partie de l'urèthre rétréci.— Uréthrorrhaphie.— Guérison. (Socin) (1).

J. S..., 11 ans, fait, en octobre 1886, une chute à califourchon pour laquelle on pratique l'uréthrotomie externe.

Le 11 janvier 1887, il entre dans le service du professeur Socin.

Le périnée présente une cicatrice allant de la racine des bourses à l'anus, avec une petite fistule laissant échapper quelques gouttes d'urine pendant la miction.

On parvient très difficilement à introduire une sonde dans la vessie (n° 10, Charrière).

Opération le 25 janvier 1887. Incision périnéale. Excision de la fistule ; on enlève le tissu cicatriciel et la partie de l'urèthre rétréci. On dégage et l'on mobilise les deux bouts, qui sont distants de 3 centim. l'un de l'autre ; on les rapproche.

Uréthrorrhaphie. — Six sutures à la soie fine, comprenant la

(1) Hägler ; *loc. cit.*

muqueuse et le reste du tissu de l'urèthre, réunissent les deux bouts de l'urèthre; excepté un seul, les fils sont noués dans la lumière du canal. Sonde de Nélaton à demeure. Suture de la plaie périnéale avec du catgut. Un drain.

Toutes les deux heures, on doit vider la vessie; lavage de celle-ci deux fois par jour.

Pas de fièvre. Le 1^{er} février, on enlève la sonde qui a provoqué une uréthrite purulente. Plaie périnéale réunie par première intention, sauf une petite fistule d'où s'échappe un tout petit jet pendant la miction. Le jet d'urine qui sort par le méat est vigoureux et de grosseur ordinaire.

11 février. Un fil de soie sort par la fistule; celle-ci, pendant la miction, ne laisse plus passer que quelques gouttes d'urine.

13. Toute l'urine sort par le méat. Une bougie n° 18 (Charrière) arrive facilement dans la vessie sans rencontrer d'obstacle.

21. *Exeat.* Pas de fistule ni de rétrécissement.

21 avril. — Le malade revient à l'hôpital. La fistule périnéale s'est ouverte de nouveau pour livrer passage à deux fils de soie, mais elle n'a pas donné issue à l'urine depuis la sortie du malade.

Le 2 avril 1888, un quatrième fil de soie sort par la fistule. Dans les autres parties, le bon état constaté le 21 avril 1887 persiste.

Observation XIV

Rétrécissement de l'urèthre. — Uréthrotomie interne et externe. — Résection de la masse cicatricielle. — Suture juxta-urétrale. — Guérison

G... Auguste, pâtissier, 40 ans, entre, le 21 août 1890, à l'hôpital suburbain de Montpellier, dans le service de M. le professeur Tédénat, suppléé par M. le professeur-agrégé Forgue.

Première chaudepisse à 23 ans, qui dure quelques mois. A 27 ans, nouvelle blennorragie, avec courbure prononcée de la verge. Pendant un coït, l'arc décrit par la verge se redresse brusquement; il en résulte une déchirure de l'urèthre donnant lieu à un écoulement sanguin.

A 30 ans, il commença à remarquer que son jet d'urine diminuait de volume; pendant 4 ans, il se passa des bougies. Sa santé s'est

maintenue bonne jusqu'au commencement d'avril 1890. A cette époque, il eut des accès de fièvre qui se sont plusieurs fois reproduits depuis lors; son appétit diminua; ses urines fournissaient un dépôt notable.

A son arrivée à l'hôpital, on explore son urèthre à l'aide de l'explorateur Guyon; on découvre trois rétrécissements: le premier, à 7 centim. du méat, le deuxième à 10 centim. et le troisième à l'extrémité postérieure de la portion spongieuse; ce dernier a environ 3 centim. de longueur; mais on ne peut pas arriver dans la vessie. A l'aide d'une très fine bougie conique, on essaie de pénétrer. On franchit les deux premiers rétrécissements, mais l'extrémité de la sonde s'engage dans le dernier et ne peut le traverser complètement. On la laisse à demeure. Les jours suivants, aucune amélioration ne s'est produite et il est impossible de passer des bougies. Le malade souffre au niveau des reins; le 15 septembre, la température s'élève à 40°. On se décide à l'opération.

16 septembre. On introduit le cathéter cannelé de Maisonneuve, à l'extrémité duquel on a vissé un embout conique; ils'arrête au niveau du troisième rétrécissement, un aide le maintient fixé. Le malade étant anesthésié et placé dans la position de la taille, M. Forgue incise le périnée sur une longueur de 5 centim. environ. On tombe sur une masse dure, scléreuse, entourant le canal. On va à la recherche de l'extrémité du cathéter. Cette recherche est difficile; on dut prolonger l'incision en haut et fendre la partie postérieure du scrotum. On incise la masse scléreuse exactement sur la ligne médiane; un fil est passé dans chacune des deux lèvres de l'incision. Des aides tirent de chaque côté sur ces fils, ce qui rend l'exploration plus facile. On résèque alors de chaque côté de l'incision une couche de tissu scléreux. La totalité du tissu enlevé était de la grosseur d'une amande verte; on introduit ensuite par la plaie périnéale une sonde en gomme dans le bout postérieur.

Cela fait, on glisse par le méat, dans la rainure du cathéter, une lame de Maisonneuve, qui sectionne les deux premiers rétrécissements. On enlève le cathéter. On introduit une sonde en gomme par le méat; elle vient sortir par la plaie périnéale; on la fixe à la sonde primitivement introduite dans le bout postérieur du canal et en tirant sur la première, on amène la seconde dans la partie antérieure de l'urèthre; on la fixe à demeure.

On réunit ensuite par des points de suture les surfaces de section

situées de chaque côté de la sonde; un autre plan de sutures réunit la plaie cutanée.

21 septembre. Depuis l'opération, aucune élévation de température. Chaque jour, deux et trois lavages vésicaux et pansement antiseptique.

24 Douleurs dans l'urèthre; la sonde est enlevée. L'on enlève les fils superficiels; toute la plaie périnéale est réunie par première intention, sauf un tout petit point à l'angle inférieur de la plaie par où s'écoulent, pendant la miction, quelques gouttes d'urine.

25. On passe les n^{os} 40 et 45 Béniqué.

11 octobre. Tous les jours on lave la plaie périnéale et on passe des Béniqué, dont les numéros sont compris entre 44 et 49. A chaque miction, il sort à peine quelques gouttes d'urine par le périnée.

Quelques jours après, le malade sort de l'hôpital complètement guéri; l'urine s'écoule tout entière par le méat; on passe facilement un n^o 45 Béniqué.

M. Forgue a revu, dans la suite, ce malade. La guérison se maintient et l'urèthre laisse passer un n^o 40 Béniqué.

CHAPITRE III

MANUEL OPÉRATOIRE

Nous devons maintenant examiner de quelle façon nous pratiquerons la suture uréthrale. Le mode opératoire variera suivant les cas. Il faut aussi se demander à quel moment l'on doit intervenir, et quel est le meilleur des différents procédés qui ont été proposés.

Nous conserverons le plan suivi dans notre deuxième chapitre et nous décrirons le manuel opératoire successivement dans les plaies, les ruptures, les rétrécissements et après l'extraction des corps étrangers.

Mais nous pouvons tout d'abord poser les règles générales que l'on doit suivre dans tous les cas. Il faut *faire une antiseptie aussi rigoureuse que possible*. Les poils seront soigneusement rasés; la région opératoire et environnante énergiquement lavée au savon noir, puis à l'alcool et au sublimé; les sondes métalliques et les instruments seront désinfectés à l'étuve; les sondes en gomme trempées pendant plusieurs heures dans le sublimé. On donnera soit de l'acide borique, soit du salol à l'intérieur, pour aseptiser les urines. L'on pourra alors commencer l'opération. L'on aura soin, pendant celle-ci, d'arroser fréquemment la plaie opératoire avec des solutions antiseptiques.

Une autre question que nous pouvons examiner dès main-

tenant, c'est celle de la sonde à demeure. A quel moment après l'opération doit-on l'enlever?

La plupart des chirurgiens sont d'accord au sujet des inconvénients de la sonde à demeure. Par sa présence, elle irrite la muqueuse uréthrale, amène l'urétrite et favorise l'infection. Par suite, la cicatrisation est retardée. En présence de ces inconvénients, quelques chirurgiens ont repoussé l'emploi de la sonde à demeure. Sée (1) commence à passer les Béniqué immédiatement après l'uréthrotomie. König et Kauffmann la proscrivent complètement. Heussner (obs. XII) dit qu'à l'avenir il ne s'en servira pas; dans son observation, en effet, la sonde amena une urétrite et une petite fistule qui persista pendant quelques jours. D'autres chirurgiens ne se montrent pas aussi sévères et continuent à employer la sonde, ils la considèrent comme un mal nécessaire. En effet, pendant quarante-huit heures environ, elle empêche l'urine de souiller la plaie; après ce temps, l'urine suinte entre les parois de la sonde et l'urèthre, par suite de la dilatation du col de la vessie; de plus, elle dirige la formation du nouveau canal et lui sert de moule.

Nous pensons donc que l'on doit employer la sonde à demeure, mais qu'on doit l'enlever le plus vite possible. Syme Keyer et Van Buren l'enlèvent au bout de quarante-huit heures. M. Tédénat (obs. IX) ne la laisse pas plus de quatre à cinq jours. Cette pratique est d'autant plus autorisée à la suite de la suture uréthrale que le canal a été restauré déjà au moment de l'opération. Dans l'observation VI, comme on a pu le voir, la sonde fut chassée accidentellement trente-six heures après l'opération; cependant pas une goutte d'urine ne sortit par le périnée, et une rétention d'urine s'étant produite, elle fut immédiatement vaincue par un seul cathétérisme. Dans l'observation VII, la miction se fit spontanément au troisième jour. Dans l'observation X, on enleva la sonde au quatrième jour, dans l'observation XIII au cinquième jour.

(1) Sée. Soc. de chir., 1886.

Il faut donc enlever la sonde à demeure le plus rapidement possible (du troisième au cinquième jour).

Enfin, si les urines devenaient alcalines et contenaient du muco-pus, il faudrait faire deux ou trois fois par jour des lavages de la vessie avec des solutions d'acide borique à 4 p. 100 ou de créoline (une ou deux cuillerées à café dans un litre d'eau bouillie).

1^o Plaies par instruments tranchants

Région pénienne. — Il faut tout d'abord introduire une sonde dans la vessie, le plus vite possible après l'accident, avant que l'inflammation n'ait fait gonfler les tissus. On se servira d'une sonde de moyenne grosseur; si la solution de continuité n'est pas complète, on fera suivre au bec de la sonde la partie supérieure du canal; si la section est complète, à l'aide d'une bougie conique on arrive après quelques tâtonnements, en ayant soin de ne pas tirer sur la verge pour ne pas écarter les deux bouts divisés, à l'introduire dans la vessie.

L'hémorragie est arrêtée facilement par des lotions froides et la compression.

On procède ensuite à la suture.

Voillemier recommande la suture entrecoupée à points très rapprochés; c'est cette pratique que l'on doit suivre; les joints de suture comprendront la peau et le corps spongieux; mais ils ne devront pas faire saillie dans la lumière du canal.

On pourra se servir de fils d'argent très fins, comme le faisait Voillemier, ou bien de la soie, et de préférence du catgut.

La sonde à demeure sera enlevée rapidement (48 heures après l'opération).

Région périnéale. — Après avoir arrêté l'hémorragie et bien lavé la plaie, on introduit une sonde de moyen calibre par le méat et, en suivant la paroi supérieure du canal, on cherche à arriver dans la vessie ; si on n'y parvient pas, l'on fait passer la sonde par la plaie dans le bout postérieur ; on cherche alors à introduire dans le bout antérieur l'extrémité externe de la sonde. Si on ne réussit pas, on use alors d'un autre procédé : une sonde engagée à travers le méat vient faire saillie dans la plaie ; on la fixe à la sonde placée dans le bout postérieur et la vessie ; on tire à soi la première sonde, et la deuxième s'engage dans le bout antérieur.

Si la plaie uréthrale se voit bien et est facilement accessible, on réunit les parois de l'urèthre lui-même à l'aide de sutures au catgut. Sinon, comme nous le verrons plus loin, on peut se contenter de réunir les tissus péri-réthraux au-dessus de la sonde ; un autre plan de sutures réunit le périnée et la peau ; on place un petit drain dans l'angle inférieur de la plaie. On enlève la sonde à demeure le troisième ou le quatrième jour.

2° Calculs et corps étrangers

On introduit un cathéter par le méat jusqu'au niveau du corps étranger ; on incise alors la peau et les tissus périnéaux ; puis, arrivé sur l'urèthre, on cherche à percevoir le corps étranger et on incise le canal à ce niveau ; on extrait le corps ou les calculs et on place une sonde dans le canal, soit par le méat, soit plus facilement par la plaie. Cela fait, il faut suturer. M. Terrier (obs. I) se servit du Reverdin et de fils de catgut ; il réunit les lèvres de la plaie uréthrale, en ayant

soin de ne pas comprendre la muqueuse dans l'anse des fils. Cette suture fut facile.

M. Kirmisson (obs. II) sutura, lui aussi, l'urèthre, à l'aide de fils de catgut. Mais faut-il laisser la plaie périnéale béante, comme dans l'observation I ? Nous ne le pensons pas. M. Terrier, d'ailleurs, à la fin de la discussion que souleva son observation, conclut : « A l'avenir, pour les corps étrangers et les calculs de l'urèthre, je ferai la suture du canal et j'y ajouterai même la suture de la peau, avec un petit drain. »

Il faut donc, comme dans l'observation II, après avoir réuni l'urèthre, faire un second plan de sutures au catgut, qui comprennent les tissus péri-uréthraux et les muscles du périnée ; un troisième plan réunira la peau ; on mettra un drain dans l'angle inférieur de la plaie, pour prévenir l'infiltration d'urine.

3° Ruptures de l'urèthre

Au milieu de notre siècle, Lallemand, Chopart, Reybard préconisent l'incision périnéale dans les cas de ruptures traumatiques ; et, après les mémoires de Cras, de Notta, à la Société de chirurgie, la pratique de l'incision précoce fut acceptée par tous.

Cependant, certains chirurgiens ne sont pas partisans de cette incision hâtive, et ils préfèrent attendre quelques jours avant d'inciser le périnée. D. Mollière (1) et ses élèves Parizot (2), le docteur Locquin (3) (de Dijon), agissent ainsi. Voici quel est leur procédé opératoire.

(1) Audry ; *loc. cit.*

(2) Parizot ; *loc. cit.*

(3) Locquin. Soc. de chir., 26 oct. 1887.

Pendant huit à dix jours, ils ne s'occupent pas de ce qui se passe du côté du périnée; ils obviennent à la rétention d'urine par la ponction hypogastrique faite aseptiquement et répétée plusieurs fois par jour; ils incisent ensuite le périnée, nettoient bien le foyer de la contusion, enlèvent tous les tissus sphacelés et pratiquent alors la suture.

«Lorsqu'on incise le périnée de bonne heure, disent-ils, on se trouve en présence de tissus contus, déchirés, impropres à la réunion par première intention; ces tissus sont voués au sphacèle, et on ne peut pas savoir à ce moment jusqu'où peut s'étendre la mortification. De telle sorte que, lors de l'élimination des eschares, l'on éprouvera un échec opératoire.»

Ce procédé a certainement pour lui un grand avantage, c'est de permettre de ne suturer que des tissus sains. Cependant, il s'agit de savoir si cet avantage n'est pas obtenu au prix de certains dangers.

La méthode de Mollière, en effet, présente des inconvénients.

Les formes graves d'infiltration d'urine sont sans doute évitées par la ponction régulière de la vessie; mais, on ne peut pas empêcher l'urine, en petite quantité, il est vrai, de s'épancher dans le foyer de la contusion, et là, elle va déterminer de la suppuration. Un phlegmon du périnée va se produire.

Par suite, le sphacèle va s'étendre au delà des limites qu'il occupait après la contusion, et la perte de substance sera plus considérable.

Enfin, pourquoi Mollière n'incise-t-il pas le périnée aussitôt après l'accident, puisqu'il doit le faire quelques jours plus tard? L'élimination des tissus mortifiés pourrait se faire ainsi par le périnée ouvert; la suture secondaire serait ensuite facile et le phlegmon serait évité.

Nous pensons donc, avec la plupart des chirurgiens, qu'il faut intervenir, au contraire, le plus vite possible après l'accident et inciser aussitôt le périnée.

Nous avons déjà rapporté l'opinion de M. Lucas Championnière :

«Ce qui importe, pour la réunion primitive et la formation d'un bon canal, c'est que le périnée suppure le moins possible»; et il ajoute: «Je soutiens et je pose, en principe, que la contusion des tissus n'a jamais empêché d'en obtenir la réunion lorsqu'on la tente après avoir bien nettoyé la plaie.»

Donc, lorsqu'on est appelé auprès d'un malade atteint de rupture traumatique, il faut opérer le plus vite possible. On n'insistera pas pour introduire un cathéter à demeure dans la vessie, cette pratique étant dangereuse, de l'avis de tous les auteurs.

On placera le malade comme pour l'opération de la taille et après avoir rasé la région et pris tous les soins antiseptiques; on incisera le périnée avec un bistouri, après avoir introduit, jusqu'au niveau du foyer de la contusion, un cathéter qui servira de guide au chirurgien.

L'incision portera sur le raphé périnéal et on la fera assez longue afin de pouvoir bien examiner le champ opératoire. Si la rupture s'accompagne de plaie cutanée, on lavera celle-ci avec beaucoup de soin, et on l'agrandira si c'est nécessaire.

Après incision de la peau, on tombe sur une cavité ordinairement anfractueuse remplie de caillots sanguins. On les enlève, on fait passer un courant de sublimé dans la plaie, et on arrête l'hémorragie. Lorsque la plaie est bien nettoyée et qu'elle ne saigne plus, on va à la recherche du bout postérieur.

Lorsqu'on opère aussitôt après l'opération, cette recherche

serait assez facile ; c'est ce qui eut lieu dans les observations IV, VI, VII, IX.

Kauffman et Socin trouvent facilement le bout postérieur en irriguant la plaie ; il flotterait dans le liquide à l'état de lambeau sanglant.

Dans les observations V et VIII, la recherche fut difficile.

Il faut alors se rappeler que l'urèthre doit se trouver sur la ligne médiane au niveau du ligament de Carcassonne, et qu'il traverse ce ligament à 12 ou 14 millim. de l'arcade du pubis ; on cherchera donc à ce niveau. L'on peut aussi introduire un doigt dans le rectum et aller à la recherche du bec de la prostate. L'on se guidera sur ce doigt pour introduire la sonde.

On peut enfin réveiller le malade et le faire uriner, mais ce moyen échoue assez souvent.

Lorsqu'on a trouvé le bout postérieur, on introduit une sonde de Nélaton dans la vessie, que l'on vide. Puis on la fait passer dans le bout antérieur de l'urèthre à l'aide d'une autre sonde, comme nous l'avons indiqué plus haut. Cela fait, on lave de nouveau avec soin la plaie, et on excise soit avec des ciseaux, soit avec le bistouri, les tissus qui paraissent mortifiés ; on régularise la plaie et, si la suture paraît indiquée, on procède à celle-ci.

Mais, que faut-il suturer ? La suture doit-elle être uréthrale ou simplement juxta-uréthrale ? Doit-on suturer le périnée ? Si l'on suture l'urèthre, les fils doivent-ils comprendre la muqueuse ou simplement le tissu sous-muqueux ? Les avis sont ici partagés.

Socin (obs. VI et VII) suture les deux bouts de l'urèthre et comprend la muqueuse dans l'anse des fils.

Erasme (obs. V) suture l'urèthre, mais, à l'exemple de Terrier et de Mollière, il a grand soin de ne pas intéresser la muqueuse.

Enfin, M. Lucas Championnière (obs. IV) ne suture pas les deux bouts de l'urèthre ; il affronte seulement les tissus environnants ; sa suture est juxta-urétrale ; il en a été de même dans les observations IX et X.

Dans les plaies par instruments tranchants et après l'extraction des corps étrangers, nous avons vu que la suture des deux bouts de l'urèthre était facile et qu'elle était indiquée dans ces cas. Mais nous sommes de l'avis de Terrier et de Mollière ; les fils ne doivent pas faire saillie dans la lumière du canal ; ils ne doivent pas comprendre la muqueuse. Les surfaces sont bien mieux affrontées et on évite plus facilement le contact de la suture par l'urine. Dans les observations VI et VII, des fils de soie sortirent par le périnée, et un autre fil dut être enlevé par le méat à l'aide de l'endoscope. Ces accidents ne se seraient pas produits si la muqueuse n'avait pas été intéressée.

Mais, dans le cas de rupture traumatique, doit-on pratiquer cette suture urétrale, et ne doit-on pas lui préférer la suture juxta-urétrale ?

Lorsqu'on incise le périnée à la suite de ruptures traumatiques, l'on se trouve en présence d'une cavité anfractuense remplie de caillots ; les tissus sont déchiquetés ; il nous paraît assez difficile, dans ces conditions, de pouvoir bien affronter les deux bouts de l'urèthre à l'aide de points de suture. M. Terrier, à la suite de son observation, avait fait remarquer que les fils tenaient déjà difficilement sur un urèthre incisé au bistouri ; à fortiori, tiendront-ils mal sur un urèthre contus. M. Lucas Championnière, après avoir présenté le mémoire de M. Locquin (1) à la Société de chirurgie, s'élève contre ce mode opératoire ; il discute les obser-

(1) Locquin ; *loc. cit.*

vations du D^r Locquin et montre que cette suture de l'urèthre est inutile. « Elle ne fait qu'ajouter une difficulté de plus à l'opération. » Et en effet, dans son observation (obs. IV), il a obtenu un succès remarquable par la simple suture péri-néale.

Mais, a-t-on dit, si on ne suture pas l'urèthre, si les deux bouts de celui-ci restent séparés, il faudra que l'intervalle qui les sépare se remplisse par bourgeonnement; un tissu cicatriciel se formera et le rétrécissement est inévitable. Mais nous pouvons répondre que ce rétrécissement n'arrive pas d'une façon aussi certaine; à la suite de la simple uréthrotomie externe, les récidives manquent souvent.

Enfin, nous n'avons qu'à nous reporter à nos observations pour voir qu'il n'en est pas ainsi. Dans l'observation IV, le sujet, examiné deux ans après, ne présentait aucune trace de rétrécissement. Le malade opéré par M. Estor a été sondé tout récemment, le 4 mai dernier, et le n° 24 (Charrière) passe sans aucune difficulté, huit mois après l'accident.

Il nous semble que, dans le cas de rupture traumatique, l'on ne doit pas chercher à suturer les deux bouts de l'urèthre: la suture juxta-urétrale est plus facile à exécuter et les résultats éloignés sont excellents.

A l'aide de fils de catgut (le catgut nous paraît préférable à la soie et aux fils métalliques) l'on réunira les tissus qui environnent l'urèthre et les muscles du périnée; on fera ensuite un second plan de sutures, qui comprendra la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; l'on aura soin de placer un petit drain dans l'angle inférieur de la plaie, entre les deux plans de suture. On saupoudrera d'iodoforme et on appliquera un pansement antiseptique.

Comme nous l'avons vu, la sonde à demeure sera enlevée de bonne heure (le quatrième ou le cinquième jour) et on passera des Béniqué. Plus tard, lorsque le malade sera guéri,

on lui recommandera de se sonder régulièrement, afin de prévenir le rétrécissement.

4° Rétrécissements.

Nous devons décrire le manuel opératoire à la suite de l'uréthrotomie externe et après excision de la masse cicatricielle.

Dans le premier cas, l'on pratique l'uréthrotomie externe suivant le mode opératoire décrit par tous les auteurs: introduction d'un cathéter jusqu'au point rétréci, incision de l'urèthre, recherche du bout postérieur et introduction d'une sonde à demeure. Il faut alors suturer. M. Le Dentu (1), chez son malade, ne fit qu'un seul plan de sutures comprenant tous les tissus jusqu'à la sonde; mais, lorsqu'il présenta son observation, il déclara qu'à l'avenir il ferait plusieurs plans étagés de sutures. C'est ce que fit M. Kirmisson (obs. II). L'on se servira de fils de catgut; un premier plan comprendra l'urèthre et les tissus environnants; un second réunira la peau, on mettra un drain entre les deux plans de sutures.

Nous avons vu que König (2) et D. Mollière (3), presque en même temps, avaient, dans certains cas de rétrécissement infranchissable, excisé toute la masse cicatricielle et suturé les deux bouts de l'urèthre. Voici quel est leur mode opératoire: Après anesthésie et lavage de la région, on introduit un cathéter par le méat jusqu'au point rétréci, et en se guidant sur lui, on incise le périnée. L'on se trouve alors en présence d'une masse calleuse que l'on dégage des tissus environnants, comme une véritable tumeur. Il faut alors

(1) Le Dentu; *loc. cit.*

(2) Stricker. Zeitschrift für Chirurgie, 1882.

(3) Mollière; *loc. cit.*

l'exciser. Dittel (1) n'enlevait que le callus et respectait l'urèthre; mais ce procédé nous paraît bien difficile à exécuter. Nous pensons qu'il faut, à l'exemple des auteurs précédents, enlever le callus et la partie de l'urèthre compris dans celui-ci. On sectionnera donc transversalement l'urèthre en avant et en arrière du rétrécissement et on enlèvera le callus. « Tout ce qui est cicatriciel, écrit M. Mollière (2), doit être extirpé avec autant de soin que s'il s'agissait d'une tumeur maligne. En un mot, il faut faire une autoplastie analogue à celle que l'on pratique pour guérir l'hypopadias périnéal ».

On finit l'opération par l'introduction d'une sonde dans le canal et la suture des deux bouts de l'urèthre. Dans ce but, on dégage et on mobilise les deux bouts de l'urèthre; puis on place les points de suture. D. Mollière employait des fils d'argent; le catgut nous paraît préférable. Les fils ne doivent pas traverser la muqueuse du canal. Socin (obs. XIII) comprenait celle-ci dans l'anse des fils, mais nous avons vu les inconvénients de ce procédé. On noue les fils et on affronte ainsi les deux bouts de l'urèthre. Ceux-ci viennent assez facilement au contact l'un de l'autre, malgré un écartement de 3 et 4 centimètres. Ordinairement, la distance entre les deux bouts est peu considérable; cependant, si celle-ci était trop grande, il faudrait s'abstenir et se contenter de pratiquer une suture juxta-urétrale.

On finit en suturant le périnée et la peau; un drain dans la plaie.

On enlève rapidement la sonde à demeure et on maintient plus tard le calibre du canal à l'aide des Béniqué.

(1) Dittel. Deutsche chirurgie Lieferg. 1880.

(2) Leçons de clinique chirurgicale, Paris 1889.

CHAPITRE IV

AVANTAGES DE LA SUTURE

Nous avons passé en revue les indications et le manuel opératoire de la suture urétrale ; il nous reste à montrer quels en sont les avantages. On a déjà pu les prévoir en parcourant les différentes observations rapportées plus haut. Mais, nous le répétons ici, la suture urétrale n'est possible et ne peut donner de bons résultats qu'à la condition absolue d'observer toutes les règles de l'antisepsie.

On a pu se rendre compte, en lisant notre travail, de la rapidité avec laquelle s'effectuait la guérison des malades chez qui l'on avait pratiqué la suture.

Le malade de l'observation IV fut complètement guéri le onzième jour : ceux des observations I, V, VI, VIII, IX sortirent de l'hôpital du vingt au vingt-troisième jour, complètement guéris. Chez tous, la miction se faisait normalement, ainsi que toutes les autres fonctions.

Chez aucun de ces malades, il n'y a eu ni infiltration, ni abcès urinaires. Dans l'observation VI, pas une goutte d'urine n'a passé par la plaie périnéale, et, trente-six heures après l'opération, il se produisit une miction spontanée ; le cathétérisme se faisait sans aucune difficulté. Dans les autres observations, la miction s'établit rapidement ; l'urine, en très petite quantité, ne s'est écoulée par la plaie périnéale que pendant quelques jours ; mais il n'y a jamais eu menace d'infiltration ; la température ne s'est jamais élevée, et cela

tout aussi bien dans les cas de suture de l'urèthre lui-même (obs. VI et VII) que dans les cas de suture juxta-urétrale.

La suture n'est donc pas dangereuse, comme on l'a dit; elle est même utile. L'urine qui suinte le long des parois de la sonde ne s'accumule pas dans le périnée, si l'on a pris le soin de placer un drain. D'ailleurs, en admettant même que l'urine eût de la tendance à produire des décollements, n'a-t-on pas la faculté d'enlever les points de suture et de débrider la plaie? on aura eu un échec opératoire, mais le malade n'aura couru aucun danger.

Dans certains cas de ruptures traumatiques, et c'est surtout sur eux que les chirurgiens ont discuté, nous avons pu nous rendre compte des avantages de la suture, à condition d'opérer le plus rapidement possible après l'accident. « Ce qui importe pour la réunion primitive et la formation d'un bon canal, c'est que le périnée suppure le moins possible » (L. Championnière).

Le plus grave accident consécutif à la plupart de ces ruptures traumatiques, c'est le rétrécissement à bref délai, rétrécissement ordinairement infranchissable qui nécessitera une nouvelle intervention chirurgicale, l'uréthrotomie externe. Si on laisse, en effet, les deux bouts de l'urèthre séparés, il se produira un tissu de granulation qui viendra combler la perte de substance; une masse cicatricielle va se former. Au contraire, en rapprochant les tissus, en les réunissant afin d'obtenir une réunion par première intention, on supprime en partie ce tissu cicatriciel et on peut ainsi éviter un rétrécissement. Dans l'observation III, le malade, revu trois ans après l'accident, continuait à se bien porter; le malade de M. L. Championnière (obs. IV) ne présentait aucun rétrécissement deux ans après l'opération. Dans les observations VI et VII, le maintien de la guérison a pu être constaté dix et onze mois après l'accident. L'urèthre du malade de M. Estor laissait

passer un n° 48 Béniqué, il y a quelques jours, et l'opération remonte déjà au mois d'août 1890.

Dans le cas de rétrécissement, après qu'on a enlevé la masse cicatricielle, la suture de l'urèthre ne peut présenter que des avantages. Au lieu de laisser se former un nouveau tissu cicatriciel qui amènera souvent une récurrence, on produit une réunion par première intention. « Au rétrécissement a succédé une virole linéaire cicatricielle, à peine rétractile » (Poncet).

CONCLUSIONS

1° La suture uréthrale est indiquée :

- a.* Dans les cas de plaies de l'urèthre, que celles-ci siègent sur la région pénienne ou sur la région périnéale ;
- b.* A la suite de l'extraction des calculs et des corps étrangers de l'urèthre ;
- c.* Dans certains cas de rupture traumatique lorsque les désordres ne sont pas trop considérables ;
- d.* Après l'uréthrotomie externe pour rétrécissement lorsque les masses cicatricielles ne sont pas trop abondantes, que le périnée n'est pas sillonné dans tous les sens par des fistules urinaires, enfin lorsque le malade n'a pas du pus dans ses urines ;
- e.* Après l'excision du rétrécissement.

2° Les fils ne devront dans aucun cas comprendre la muqueuse et faire saillie dans la lumière du canal. L'on fera la suture des deux bouts de l'urèthre, lorsque celle-ci sera facile, comme dans les plaies par instruments tranchants après l'extraction des corps étrangers, à la suite de l'excision du rétrécissement ; la suture sera simplement juxta-uréthrale

dans les cas de rupture traumatique. L'on fera plusieurs plans de sutures, qui comprendront successivement les tissus profonds et la peau. On placera un drain entre les deux plans. La sonde à demeure sera enlevée de bonne heure (le quatrième ou le cinquième jour).

FIN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 21 mai 1891.

Pour le Recteur :

L'Inspecteur d'Académie délégué,

J. YON.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 20 mai 1890.

Pour le Doyen :

L'Assesseur,

E. BERTIN-SANS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1868. VOILLEMIER.— Traité des maladies des voies urinaires.
1870. BIRKETT.— Injuries of the pelvis. System of surgery by Holmes.
1878. TERRILLON.— Les ruptures de l'urèthre. Thèse de Paris.
1880. DITTEL.— Die stricturen der Harnröhre. Deutsche chirurgie, Lieferg 49.
1881. KÖNIG.— Lehrbuch der speciellen chirurgie.
1881. PONCET.— Corps étranger de l'urèthre. Uréthrorrhaphie. Rev. de chir. I.
1882. AUDRY.— Du traitement des ruptures de l'urèthre. Gaz. des hôpit. N° 20.
1882. STRICKER.— Ueber traumatische stricturen und Derem Behandlung. Zeitschrift. für chirurgie.
1883. HEUSSNER.— Ueber Resection der Urethra bei stricturen Deutsche med. Wochenschrift.
1883. MOLLIÈRE.— Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'urèthre compliqués de fistules. Lyon médical.
1884. PARIZOT.— De l'excision des rétrécissements calleux de l'urèthre, suivie de réunion immédiate. Thèse de Lyon.
1884. PODRES.— Zur frage der operations methoden calloser stricturen. St-Peterb. med. Wochenschrift.
1885. GUYON.— Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.
1885. MOLLIÈRE.— Fracture du pubis et rupture de l'urèthre; rétrécissement infranchissable; résection uréthrale et uréthrorrhaphie. Lyon méd.

1885. ROBSON.— Traumatic urethral stricture cured by excisions. Brit. med. Journ.
1885. QUENU et PICQUÉ.— Article *Urèthre*. In Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (Dechambre).
1885. ANONYME.— De la suture des deux bouts après avivement dans la solution de continuité du canal de l'urèthre, etc. Gaz. des hôp., N° 22.
1885. KAUFFMANN.— Verletzungen und Krankheiten der männlichen Harnröhre. Deutsche chirurgie Lieferg.
1885. LUCAS CHAMPIONNIÈRE.— Bull. et mém. de soc. de chir., 24 juin.
1885. SYMONDS.— Two cases of rupture of the urethra. Brit. med. Journ.
1886. LE DENTU.— Suture de l'urèthre après une uréthrotomie externe. Bull. et mém. de soc. chir., 3 nov. 1886.
1886. TERRIER.— Corps étranger de l'urèthre. Boutonnière périnéale. Suture de l'urèthre. Soc. de chir., 27 oct.
1887. ETIENNE.— Rupture de l'urèthre chez l'homme et leur traitement. Paris.
1887. HEUSSNER.— Ueber resection der urethra bei stricturen. Berliner Klin. Wochens.
1887. LOCQUIN.— Du rapprochement et de la suture des deux bouts après avivement ou résection dans les ruptures traumatiques de l'urèthre. Soc. de chir., 26 oct.
1887. SEGOND.— De l'uréthrotomie externe. Ann. des mal. des org. gén. urin.
1888. ANTAL.— Specielle chirurgische Pathologie und therapie der Harnröhre und Harnblase.
1888. ERASME.— Contribution à l'étude de la suture immédiate de l'urèthre dans les ruptures traumatiques. Ann. des mal. des org. gén. urin.
1888. PONCET.— Congrès français de chirurgie. Paris.

1887. NERI (Pietro). — Note théorique clinique sur l'uréthrotomie externe et suture de l'urèthre et du périnée (processo Durante) Roma frat. Pallota.
1888. CAUCHOIS. — Ann. des mal. des org. gén. urin., VI, 682-689.
1888. SHEILD. — Lancet 1888, ü 760.
1888. WOOLCOMBE. — Lancet, ü 913.
1889. GUERMONPREZ. — Gaz. des hôp., 22 oct.
1890. PIERRE. — Contribution à l'étude des ruptures traumatiques de l'urèthre. Thèse de Bordeaux.
1890. DURANTON. — De la suture primitive et secondaire de l'urèthre. Thèse de Montpellier.
1889. HAGLER. — Zur Behandlung der Harnröhrenverletzungen und ihren Folgen. Zeitschrift für chirurgie.
1891. VIEU. — De l'uréthrotomie externe. Les indications et les soins post-opératoires. Thèse de Montpellier.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
